

MEMOIRES ORIGINAUX

I

DE L'ÉTAT ACTUEL DE NOS CONNAISSANCES
SUR LA RARÉFACTION DE L'AIR
DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET LE
MASSAGE DES OSSELETS

Par le Prof. A. POLITZER, de Vienne (1).

Ainsi que vous le savez, Messieurs, on discute beaucoup, depuis quelques années, sur la valeur des moyens mécaniques à employer, par la voie du conduit auditif externe, dans le traitement de certaines affections de l'oreille moyenne.

Il peut, dès lors, être de quelque utilité de vous retracer l'état de nos connaissances à ce sujet et de vous exposer en même temps ce qui a trait, en particulier, à la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe et au massage des osselets, puis de vous soumettre ce qu'il m'a été donné d'observer sur les résultats diagnostiques et thérapeutiques obtenus par l'usage de ces deux procédés.

Je saisais, en conséquence, avec empressement l'occasion de vous parler de ces procédés qui ont acquis, de nos jours, une si grande importance dans la thérapeutique des maladies de l'oreille et je crois la chose d'autant plus opportune que notre bibliographie manque jusqu'ici encore, d'un exposé synthétique concernant cette matière.

Nous ne nous arrêterons qu'un instant aux changements pathologiques et troubles fonctionnels de l'organe de l'ouïe que visent ces moyens thérapeutiques. Il suffira de faire remarquer que l'on se propose, principalement par l'emploi de ces procédés, de faire disparaître ou de diminuer les anomalies de tension du tympan et des osselets. Celles-ci sont provoquées dans les catarrhes de l'oreille moyenne, d'un côté par l'imperméabilité de la trompe d'Eustache et de l'autre, par l'épaississement

(1) Lu au Congrès international de Moscou, août 1897.

sement de la muqueuse de la caisse et par les adhérences de tissu conjonctif qui se produisent entre la membrane du tympan, les osselets et les parois de la caisse.

Les premiers essais de ce mode de traitement datent de la fin du siècle dernier. Le médecin militaire Cleland, qui revendique également l'honneur d'avoir, le premier, pratiqué par la voie nasale le cathétérisme de la trompe d'Eustache, fait déjà mention de cas où la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe lui a valu d'améliorer l'ouïe d'une façon très marquée. D'autre part, j'ai trouvé dans un opuscule sur l'otologie, sans grande valeur scientifique, paru au commencement de ce siècle, la relation d'un cas de surdité que l'on était parvenu aussi à améliorer à l'aide d'un tuyau de pipe convenablement adapté à l'ouverture du méat et par lequel on aspirait l'air contenu dans le canal de l'oreille.

Ces faits tombèrent, plus tard, complètement dans l'oubli et il ne fut plus question d'essais analogues jusque vers la moitié de ce siècle.

Ce fut Moos qui, vers la fin de l'année 1850, rappela l'attention sur la valeur thérapeutique de la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe. Il proposa de se servir, à cet effet, d'une simple seringue pourvue d'un embout olivaire s'adaptant hermétiquement à l'entrée du conduit afin de pouvoir pratiquer ainsi l'aspiration de l'air.

Ce procédé, néanmoins, ne jouit que d'une faveur passagère, car on ne tarda pas à constater l'impossibilité de contrôler la puissance aspiratrice d'un pareil instrument; d'où de fréquentes hémorragies dans le conduit et des déchirures de la membrane du tympan.

On s'ingénia alors de divers côtés à trouver le moyen d'éviter ces inconvénients. A l'emploi de la seringue, on substitua celui de poires en caoutchouc de différentes grandeurs, que l'on vidait au préalable en les déprimant avec la main ou en les chargeant de poids (Lucæ) pour obtenir le degré voulu de raréfaction.

En vue du même but, on se servit aussi du spéculum de Siegle, muni d'une poire en caoutchouc.

La solution de cette question fut obtenue, enfin, de la façon

la plus satisfaisante par l'invention du raréfacteur et du masseur du Dr Delstanche. Ces appareils offrent, en effet, l'avantage de permettre de mesurer exactement le degré de condensation ou de raréfaction de l'air auquel est soumis le tympan et d'éviter les inconvénients auxquels il est fait allusion ci-dessus.

Des améliorations successives apportées par notre confrère de Bruxelles à la structure de ces instruments, nous mettent à même, aujourd'hui, de produire à volonté, avec leur aide, la raréfaction et la condensation de l'air dans le conduit, soit à l'exclusion l'une de l'autre, soit en les combinant entre elles, de façon à communiquer un mouvement de va-et-vient, désigné plus particulièrement sous le nom de massage de tympan, à cette membrane et aux osselets.

Il nous a semblé opportun de nous rendre compte, avant tout, de la force d'impulsion de ces divers appareils à l'aide du manomètre à mercure, et voici les résultats auxquels nous sommes arrivés.

En comprimant vivement avec la main un ballon de la capacité de 4/10 de litre, la colonne de mercure atteint 40 centimètres. La pression d'un ballon ne contenant que 1/10 de litre donne lieu à une force d'impulsion de 60 centimètres, tandis que celle du masseur de Delstanche ne dépasse pas 10 centimètres.

Par l'aspiration à l'aide du grand ballon, préalablement vidé, la colonne de mercure baisse de 5 centimètres, tandis que par le petit ballon, en raison sans doute de la plus grande élasticité de ses parois, la chute de mercure atteint 8 centimètres et il en est de même en recourant au masseur Delstanche.

Pour mieux vous faire comprendre les effets de ces différents procédés, je vais vous en donner la démonstration sur une préparation anatomique normale, dont la paroi supérieure de la caisse (*tegmen tympani*) a été enlevée, afin de mettre en vue la tête du marteau et l'enclume.

A l'effet de produire la condensation ou la raréfaction de l'air à l'intérieur du conduit, je relie celui-ci à un petit ballon de caoutchouc par l'entremise d'un tube. Pendant que je fais manœuvrer le ballon, de manière à condenser et à raréfier tour à tour l'air dans le conduit auditif, vous remarquerez un mou-

vement très sensible de la membrane du tympan ainsi que du marteau et de l'enclume. On peut rendre ce mouvement encore plus appréciable, en fixant, à l'aide de résine, une petite tige de verre ou de fer sur la tête du marteau ; il se transmet aussi à l'étrier, mais en devenant moins intense. Vous voyez que toute la chaîne des osselets, principal agent de transmission des ondes sonores, est ébranlée par l'action de l'air contenu dans l'oreille externe et que l'amplitude des mouvements transmis ainsi à la chaîne des osselets va en diminuant du marteau à l'étrier.

On aboutit à la même conclusion en ayant recours, comme l'a fait Buck, au principe de Lissajoux. En effet, si l'on examine au microscope un petit corps brillant fixé à l'osselet, ce point brillant prend, sous l'influence des vibrations, la forme d'une raie lumineuse et l'on peut, d'après la longueur de cette raie, apprécier l'intensité des vibrations dont chaque osselet est animé.

Pour nous rendre exactement compte de l'action mécanique de la raréfaction et de la condensation de l'air à l'intérieur du conduit auditif, et de l'influence du massage sur la chaîne des osselets, M. Delstanche et moi avons entrepris de concert, pendant un séjour que j'ai fait à Bruxelles en 1891, une série d'expériences sur le cadavre, dans le laboratoire physiologique du prof. Heger avec l'obligeant concours des Drs Delsaux et Hennebert.

Ces expériences, dont je vais vous résumer les points principaux, ont été faites de deux manières différentes :

Dans une première série, nous avons pris pour base de nos recherches, les expériences sur la tension endo-labyrinthique, exécutées par moi, en 1861, et qui consistaient à introduire hermétiquement, dans le canal semi-circulaire supérieur, un tube manométrique très tenu, rempli de liquide coloré, en vue de pouvoir mesurer exactement le degré de pression produit dans l'oreille interne par le mouvement des osselets.

Nous nous sommes servis, pour ces expériences, du masseur de Delstanche (modèle Claasen), dont le piston a 1 centimètre d'excursion.

L'aspiration à l'aide du masseur détermine, dans le liquide

du manomètre, un mouvement de descente de $4/5$ de millimètre, tandis qu'une condensation énergique n'y provoque qu'un mouvement ascensionnel d'un demi-millimètre à peine. En pratiquant alternativement la condensation et la raréfaction (massage de Delstanche), on obtient une excursion de $3/4$ à 1 millimètre au maximum.

La raréfaction, même énergique, obtenue au moyen du réflecteur de Delstanche (à soupapes coniques) se traduit par un abaissement de 1 millimètre du liquide coloré ; cette descente s'opère brusquement et le liquide se maintient au même niveau pendant toute la durée de la raréfaction.

La même expérience, faite après ouverture préalable de l'aqueduc du vestibule, donne pour résultat une réduction de l'excursion de la colonne liquide de $1/4$ de millimètre.

Il résulte de ces expériences, que la diminution de la tension endo-labyrinthique, déterminée par la raréfaction de l'air que renferme le conduit, est plus considérable que l'accroissement de la pression sous l'influence de la condensation.

Ces conclusions s'accordent avec celles des expériences manométriques instituées précédemment par le prof. Bezold et par moi (¹).

Le second mode d'expérimentation a consisté à fixer au moyen de colophane fondu de petites tiges de verre longues de 12 centimètres et demi sur la tête du marteau et de l'enclume, puis à mesurer, avec le secours d'un appareil enregistreur spécial, les excursions des extrémités des deux tiges et, partant, l'étendue du mouvement des deux osselets.

Voici, à cet égard, les résultats obtenus :

	Pour le marteau	Pour l'enclume
<i>Par aspiration.</i>		
1 ^{re} expérience . . .	9 millimètres	5 millimètres
2 ^e » . . .	7 »	4 »
3 ^e » . . .	7 »	4 »
<i>Par condensation.</i>		
1 ^{re} expérience . . .	3 millimètres	à peine appréciable
2 ^e » . . .	3 »	1 1/2 mil. en sens opposé à celui du marteau
3 ^e » . . .	3 »	1 mil. (comme ci-dessus).

(¹) Arch. f. Ohrenhk., Bd XVI, 1880.

On obtient, à peu de chose près, les mêmes résultats, que l'on se serve soit d'un ballon petit ou grand, soit du masseur de Delstanche. Il n'y a aucun motif de s'en étonner, puisque la membrane de tympan et la platine de l'étrier ne sont pas susceptibles d'être refoulées ou attirées au-delà d'une certaine limite.

Mais on aurait tort de conclure de ces résultats sur le cadavre, à la possibilité d'utiliser indifféremment ces divers appareils sur le vivant. L'expérience clinique démontre, en effet, qu'une compression énergique, exercée à l'aide d'un ballon, détermine souvent des sensations désagréables telles que : engourdissement, étourdissement, trouble du cerveau, accroissement des bourdonnements, ce qui n'arrive pas quand pour produire la compression on se sert du masseur Delstanche.

Quand il s'agit de l'aspiration, le choix des appareils est moins important, car ainsi que nous l'avons vu plus haut, l'oscillation négative de la colonne de mercure est à peu près la même avec le ballon qu'avec le masseur. D'où il s'ensuit que le masseur de Delstanche est l'instrument le plus approprié, ce qui ne veut pas dire que le ballon, dans une main exercée, ne puisse rendre les mêmes services.

Est-il nécessaire d'ajouter que le degré de condensation et de raréfaction doit se mesurer à l'importance des lésions pathologiques de l'oreille ? On comprend, en effet, que l'on doit opposer une énergie moins grande aux troubles légers de l'appareil de transmission que lorsqu'il s'agit de triompher de processus adhésifs prononcés ou de brides cicatricielles entre les osselets et les parois de la caisse.

DE LA RARÉFACTION DE L'AIR DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE
COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT DES AFFECTIONS
DE L'OREILLE.

Dans le chapitre qui précède, nous avons vu que la raréfaction de l'air à l'intérieur du conduit auditif a pour effet d'attirer au dehors la membrane du tympan. Ce déplacement vers l'extérieur coïncide avec un mouvement dans le même sens du marteau et, à un moindre degré, de l'enclume et de l'étrier.

D'après de nombreuses observations personnelles, je suis amené à attribuer une grande importance diagnostique à l'emploi de la raréfaction. En effet, elle nous permet, dans bon nombre de cas, de déterminer d'une façon précise le degré et le mode de tension de la membrane du tympan. Il me suffira de vous rappeler à ce propos, que par l'emploi du speculum de Siegle, les points atrophiés du tympan tranchent par l'exagération de leur mobilité sur les parties non atrophiées, ainsi que par le fait qu'ils se bombent vers l'extérieur sous forme de bulles, pendant la période d'aspiration. Les cicatrices amincies du tympan donnent lieu aux mêmes phénomènes.

On sait également que cette méthode d'examen permet de diagnostiquer les adhérences du tympan et de distinguer, d'après le degré de leur motilité, les parties adhérentes de celles qui ne le sont pas. Au point de vue pratique c'est là un précieux renseignement, car il nous montre sur quel point il faut agir pour rompre ces adhérences et obtenir ainsi une amélioration sensible de l'audition.

A ce propos, permettez-moi d'attirer particulièrement votre attention sur le fait que si l'on réussit dans beaucoup de cas à ramener au niveau normal, par la raréfaction, les cicatrices du tympan qui sont adossées au promontoire sans y adhérer, il arrive cependant que, même dans ces conditions, le relèvement de la cicatrice ne s'obtient pas, à moins d'avoir pratiqué au préalable une insufflation d'air dans la caisse. On ne peut donc poser avec certitude le diagnostic d'adhérences du tympan que lorsque, en dépit de cette douche d'air, les parties rétractées de la membrane restent immobiles.

Il convient encore, selon moi, d'attribuer une grande valeur à la raréfaction, comme moyen de diagnostic, dans quelques formes de suppuration chronique de l'oreille moyenne. En effet, il est assez fréquent de remarquer dans ce genre d'affections, la destruction du tympan associée à un état de sécheresse presque complète de la paroi labyrinthique. Mais pourvu qu'on fasse en pareil cas le vide dans le conduit, on voit apparaître souvent, de derrière le segment postéro-supérieur, une gouttelette de pus qui grossit sans cesse à mesure que les aspirations se répètent et finit par former une masse de liquide

assez abondante pour descendre le long de la paroi interne vers le plancher de la caisse.

Chaque fois que sous l'influence d'aspirations prolongées, nous voyons sourdre une grande quantité de pus de la région postéro-supérieure de la caisse, nous sommes amenés à admettre l'existence d'une suppuration de l'antre mastoïdien. L'importance pratique de ce fait est incontestable, puisqu'on peut en tirer d'utiles indications concernant l'opportunité de recourir à l'antrectomie. En usant du même procédé, on parviendra également, le cas échéant, à déceler la présence de foyers purulents en d'autres endroits de l'oreille moyenne, l'attique, par exemple, ou l'embouchure tympanique de la trompe. Notons enfin que la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe nous permet de constater l'existence d'une perforation passée jusque-là inaperçue et d'en préciser le siège, grâce à l'apparition d'une gouttelette de pus sur un point de la membrane, où l'on n'en voyait pas auparavant.

Grâce à l'aspiration, l'on parvient aussi parfois à faire apparaître dans le champ d'observation des polypes pédiculés, qui étaient dissimulés derrière les parois osseuses voisines de l'attique ou de l'antre mastoïdien. Il devient ainsi possible d'en déterminer le siège et de procéder à leur extraction par des stylets annulaires (Delstanche) ou des curettes appropriées.

Finalement, je voudrais attirer votre attention sur la possibilité d'établir le diagnostic d'abcès extraduraux, en recourant à la raréfaction de l'air dans le conduit externe, en cas de perforation par carie de la voûte de la caisse. Dans un cas de suppuration chronique de l'oreille gauche qui avait motivé l'antrectomie en raison de maux de tête et de vertiges persistants, la mise à nu de l'attique n'avait pu faire constater aucun changement en correspondance de la voûte. Malgré l'aspect normal du champ opératoire, la céphalalgie ne tarda pas à réapparaître. C'est alors qu'en aspirant l'air dans le conduit à l'aide du speculum pneumatique, on vit apparaître, sur la surface des granulations qui tapissaient la voûte, une goutte de pus et l'on parvint, au moyen de nouvelles aspirations, à augmenter considérablement la quantité de cette matière. L'intervention opératoire confirma l'existence d'un abcès extradural. Malgré tout,

le malade mourut quelque temps après, à la suite d'un abcès cérébral, indépendant du foyer purulent qui était situé en dehors de la dure-mère.

Pour ce qui concerne la valeur thérapeutique de la raréfaction de l'air dans les cas où l'on aura constaté une dépression du tympan, soit en raison de l'imperméabilité de la trompe d'Eustache, soit par l'effet d'une rétraction du muscle interne du marteau, l'emploi réitéré du raréfacteur sera nettement indiqué, en vue de ramener autant que possible le tympan et les osselets à leur situation normale.

Il est hors de doute que dans les affections catarrhales récentes et chroniques de la caisse sans perforation de la membrane du tympan, l'usage fréquemment répété de la raréfaction produit une amélioration sensible de l'ouïe, que l'on remarque souvent même sans employer concurremment les insufflations d'air par la trompe d'Eustache. D'autre part, lorsque l'insufflation d'air est suivie d'un relèvement marqué de la fonction auditive, une raréfaction subséquente pourra accentuer encore cette amélioration.

Partant du fait, amplement démontré par l'expérience, que l'amélioration de l'ouïe, due à la raréfaction seule, ne se maintient pas aussi longtemps que celle qui résulte de la combinaison de ce procédé avec la douche d'air, il vaudra toujours mieux, ce me semble, recourir simultanément à l'un et à l'autre dans les cas de catarrhe avec rétraction du tympan.

Depuis nombre d'années je me conforme à cette pratique, et puis assurer en avoir retiré les meilleurs résultats.

Dans les cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne, la raréfaction de l'air produit aussi d'excellents effets thérapeutiques. Dans les affections purulentes, la douche d'air exerce surtout, comme on sait, son action éliminatrice sur les sécrétions qui occupent la trompe d'Eustache et les régions antérieure et médiane de la caisse, tandis qu'elle agit à peine, voire pas du tout, sur les parties qui sont situées dans les régions postérieure et supérieure de cette cavité ou bien dans l'antre mastoïdien. Il convient donc ici de combiner la raréfaction avec la douche d'air pour évacuer d'une façon plus complète les matières purulentes.

Cette manière de procéder s'impose tout spécialement dans les cas où l'existence d'adhérences à l'intérieur de la caisse empêche l'air d'arriver jusqu'en ses parties postérieures. Or, il se produit très souvent, en cas de suppuration chronique, des adhérences entre la membrane du tympan et la paroi interne de la caisse, divisant celle-ci en plusieurs cavités qui ne communiquent pas entre elles. L'air insufflé par la trompe d'Eustache n'arrive dès lors que jusqu'à ces adhérences et ne pourrait, par conséquent, exercer une action quelconque sur un foyer purulent situé plus en arrière. L'emploi de la raréfaction d'air exerce dans ces conditions une influence des plus favorables, ainsi que Gruber, Charles Delstanche et E. Politzer de Budapest, ont été les premiers à le démontrer. C'est sans contredit le moyen le plus efficace d'éliminer les collections de pus non seulement des parties postérieures de la caisse, ainsi que de l'antre mastoïdien, mais encore de l'attique et de la cavité de Prussack lorsque la membrane de Shrapnell est perforée, ce qui ne pourrait s'obtenir par la simple douche d'air, dont l'emploi, au surplus, est rendu parfois impossible en raison de l'imperméabilité de la trompe ou des obstacles au passage de l'air produits par la présence de granulations ou de végétations polypeuses dans la caisse.

La raréfaction de l'air rend souvent aussi de grands services dans les affections catarrhales de l'oreille moyenne, qui réclament la paracentèse du tympan, car, si après cette dernière, on parvient assez aisément d'ordinaire à expulser, grâce aux insufflations d'air, les sécrétions séreuses ou muqueuses de la caisse dans le conduit auditif externe, l'on n'y réussit parfois que d'une façon insuffisante et il arrive même d'échouer complètement.

La raréfaction constitue alors un auxiliaire indispensable de la douche d'air en vue d'amener au dehors la totalité des matières. Il en est surtout ainsi lorsque l'on a affaire à des sécrétions muqueuses qui, en raison de leur viscosité, adhèrent souvent très fortement aux parois de la caisse et n'en peuvent être détachées que difficilement. La difficulté de l'évacuation de pareilles masses augmente quand l'ouverture pratiquée au tympan n'a pas une étendue suffisante.

La raréfaction amène souvent aussi une amélioration notable de l'ouïe en cas de surdité nerveuse. Il m'est arrivé de constater chez des malades indubitablement atteints d'une affection labyrinthique du nerf auditif, ainsi qu'en témoignait l'épreuve du diapason, une augmentation sensible de la portée de l'ouïe immédiatement après la raréfaction, non seulement pour l'acoumêtre, mais aussi pour la parole. Ce fait qui a frappé également Delstanche, s'explique selon moi par le déplacement vers l'extérieur de la platine de l'étrier, déterminant une modification dans le degré de tension des parties membranées du labyrinthe, qui a pour effet d'accroître la puissance de perception des extrémités du nerf acoustique.

On sait que les insufflations d'air par la voie de la trompe réussissent fréquemment à calmer les bourdonnements de l'oreille ou à les faire disparaître. Cette action sédative se vérifie tout aussi fréquemment à la suite de la raréfaction de l'air dans l'oreille externe. Il se présente même des cas où les bruits subjectifs diminués par l'insufflation, s'amendent davantage encore si l'on a recours immédiatement après à l'usage du raréfacteur.

S'il est vrai que, dans certains cas, la diminution ou la cessation du bruit obtenue de la sorte persiste, d'ordinaire cet effet n'est que transitoire, le bruit reparaissant plus ou moins longtemps après l'intervention. Toutefois l'expérience enseigne que la répétition du procédé amène graduellement la réduction ou la disparition des bruits subjectifs qui d'abord lui avaient résisté.

Cette diminution des bruits subjectifs coïncide avec une impression de soulagement notable dans la tête, au point que les sensations de lourdeur et d'embarras du cerveau fréquemment accusés par les malades s'en trouvent considérablement aménées.

La raréfaction de l'air exerce aussi, vous le savez, une influence favorable sur les vertiges, dont se compliquent maintes fois les affections auriculaires. Son emploi a encore pour effet d'arrêter net les vertiges qui se produisent à la suite des injections de liquide dans l'oreille, notamment en cas de perforation du tympan. L'expérience m'a appris de plus à compter

sur la raréfaction dans les affections avec symptômes de Ménière, pourvu que l'on intervienne dès le début des crises. C'est pourquoi j'ai été le premier à préconiser l'emploi d'un tube élastique muni d'un embout olivaire permettant au malade de l'adapter lui-même au méat auditif et d'y provoquer le vide par des succions réitérées, dès qu'il se sent menacé d'un accès de vertige. J'ai pu souvent constater les heureux effets de ce procédé, dont plusieurs auteurs ont confirmé les avantages.

N'oublions pas enfin de signaler les succès de la raréfaction méthodique contre l'épilepsie *ab aure læsa*, ainsi qu'en témoignent des observations assez nombreuses publiées, entre autres, par Delstanche et Goris, de Bruxelles, et Jules Lecocq, de Wasmes.

DE LA CONDENSATION DE L'AIR DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE
COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC ET DE TRAITEMENT

La condensation de l'air, comme procédé de diagnostic et de traitement des affections de l'oreille, est d'un emploi moins fréquent que la raréfaction.

Au point de vue du diagnostic, son importance consiste surtout à nous fixer sur l'existence d'une perforation du tympan dans des cas où ni l'inspection de cette membrane ni les insufflations à travers la trompe ne nous fournissent à cet égard des données suffisantes.

Pour procéder à cet examen, que j'ai introduit dans la pratique otologique, l'air est comprimé dans le canal auditif à l'aide du spéculum de Siegle ou du masseur Delstanche, après avoir inséré dans le vestibule du nez le bout d'un tuyau de gomme, dont l'autre extrémité aboutit à l'oreille de l'opérateur. Grâce à ce dispositif, l'air comprimé dans le conduit externe pénètre à travers la lacune tympanale, si petite qu'elle soit, à l'intérieur de la caisse d'où il s'échappe par la trompe d'Eustache dans le naso-pharynx, en produisant un bruit que le tube auscultateur rend toujours facilement perceptible et qui d'ailleurs est souvent assez fort pour être entendu sans le secours de cet appareil.

Le bruit diffère selon qu'il existe dans l'oreille moyenne

du gonflement ou de la sécrétion. En cas de fort gonflement et de sécrétion abondante, l'air qui s'échappe par la trompe produit un bruit de râle ou de ronflement. Si par contre, il n'y a plus de suppuration, le bruit est aigu et sec et possède parfois un timbre musical.

A propos de la valeur de la compression comme moyen de diagnostic, il importe de rappeler que nous possédons dans l'expérience de Gellé un procédé qui permet, si non toujours, au moins dans un certain nombre de cas douteux, de reconnaître s'il s'agit d'une affection de l'oreille moyenne ou d'une lésion labyrinthique. Faire ici l'exposé de cette méthode d'investigation nous entraînerait trop loin et nous croyons d'autant plus pouvoir nous en dispenser que nous sommes en droit de la supposer amplement connue de vous.

Remarquons encore que dans les cas de symptômes de Ménière, on est fondé à admettre comme fort probable l'existence d'une affection labyrinthique, chaque fois que la compression de l'air pratiquée avec le masseur de Delstanche provoque une attaque subite de vertige. De plus, on peut en inférer avec certitude l'absence de toute entrave mécanique à la transmission des ondes sonores.

Quoique la condensation de l'air dans le conduit auditif soit généralement moins efficace que la raréfaction contre les sensations subjectives, nous l'avons vu cependant réussir fort bien contre les bourdonnements subjectifs qui avaient résisté à la raréfaction.

Lucae signale le parti que l'on peut tirer de la condensation pour désobstruer la trompe d'Eustache quand le tympan est perforé. J'ai eu moi-même à me louer de l'efficacité de ce moyen et de ses bons effets sur l'ouïe. Cependant, on n'a pu jusqu'ici en établir exactement les indications et il convient d'y recourir seulement lorsque la douche d'air par la trompe et la raréfaction de l'air dans le conduit auront échoué.

De même que la raréfaction, la condensation de l'air s'emploie avec avantage pour expulser de la caisse les sécrétions muqueuses après la paracentèse du tympan. L'on aura surtout recours à ce procédé lorsque l'on ne réussit pas à faire passer dans le conduit les mucosités épaisses qui encombrent

la caisse, au moyen de la douche d'air ou de l'aspiration. L'expulsion dans le pharynx des mucosités par la voie de la trompe se traduit souvent par un bruit de râle ronflant, qui disparaît après l'emploi réitéré de la compression. Parfois, on parvient aussi de la sorte à refouler des matières purulentes de l'oreille vers la gorge.

La compression de l'air se prête également fort bien au lavage de la caisse et de la trompe d'Eustache. La manière d'y procéder est des plus simples. Après avoir convenablement nettoyé le conduit et l'avoir rempli du liquide à injecter, eau pure ou médicamenteuse, on y insère l'extrémité olivaire d'une poire en caoutchouc, sur laquelle il suffit d'exercer une pression pour chasser le liquide à travers la perforation tympanale et le faire affluer dans le pharynx.

Avant de recourir à tous les procédés indiqués ci-dessus, il convient de s'être assuré au préalable que l'air passe sans difficulté à travers la trompe d'Eustache, car s'il en était autrement, l'excès de condensation que subirait l'air dans l'oreille externe et la caisse provoquerait facilement de violents vertiges, en raison de l'accroissement subit de la tension endo-labyrinthique.

A en croire Delstanche, certaines surdités bénéficieraient beaucoup plus de la condensation progressive de l'air à l'intérieur du conduit auditif, de façon à refouler de plus en plus la membrane du tympan et les osselets vers la paroi labyrinthique, que des autres modes de massage.

C'est surtout lorsque les excursions du marteau, étant très étendues vers l'extérieur donnaient à supposer un grand relâchement des rapports articulaires entre cet osselet et l'enclume qu'il a eu particulièrement à se louer de ce procédé de massage *par refoulement*.

Je n'utilise qu'exceptionnellement la compression, comme agent thérapeutique, quand le tympan ne présente pas de solution de continuité. J'en borne l'emploi, dans ces conditions, aux cas où, à la suite d'une insufflation dans la caisse par la trompe d'Eustache, il s'est produit un refoulement considérable de la membrane de tympan vers l'extérieur, coïncidant avec une sensation pénible de plénitude et de pression à l'intérieur de l'oreille. Cette sensation se dissipe dès

qu'on exerce une légère compression dans le méat auditif.

Notons, finalement, que la compression de l'air dans le conduit est quelquefois susceptible d'apaiser des bourdonnements, contre lesquels la raréfaction s'était montrée inefficace.

DE L'EMPLOI ALTERNATIF DE LA RARÉFACTION ET DE LA CONDENSATION. MASSAGE DU TYMPAN PROPREMENT DIT.

Le terme de massage qui sert à désigner ce procédé a été introduit dans le langage otologique par le Dr Charles Deltanche. On conçoit aisément qu'en condensant et en raréfiant alternativement l'air emprisonné dans l'oreille externe, on doit animer le tympan d'un mouvement de va-et-vient qui donnera lieu, nécessairement, dans la chaîne des osselets, à un mouvement correspondant.

Nous vous avons déjà dit comment on peut établir, par voie expérimentale, que ces mouvements n'ont pas tous la même amplitude et que le maximum d'excursion correspond au marteau, le minimum à l'étrier.

A chaque manœuvre du masseur, les articulations de la chaîne des osselets subissent un refoulement bientôt suivi d'un déplacement vers l'extérieur et ces mouvements ne s'observent pas seulement en correspondance des articulations malléoincudéenne et incudo-stapédienne ; la platine de l'étrier elle-même, malgré l'extrême tension de son ligament articulaire, les subit aussi. C'est pourquoi, ainsi que nous l'avons déjà signalé, le liquide endo-labyrinthique doit en éprouver à son tour un certain ébranlement.

De ces considérations découlent les indications thérapeutiques du massage. Il trouve son emploi dans tous les cas où l'examen otoscopique et les épreuves à l'aide du diapason permettent de constater l'existence d'obstacles à la transmission des ondes sonores, c'est-à-dire toutes les fois que l'on constate une certaine rigidité de l'appareil de transmission ou des adhérences entre le tympan, les osselets et les parois de la caisse.

Non seulement le massage a pour effet de diminuer la rigidité des osselets, grâce aux tiraillements que subissent leurs ligaments articulaires, mais il tend, d'autre part, à rendre plus lâches les adhérences pathologiques. Dès lors, la mobilité

de l'appareil transmetteur des sons doit s'améliorer et ce dernier devenir, par conséquent, plus apte à remplir sa fonction.

En réalité, ainsi qu'en font foi de nombreuses expériences, les surdités mécaniques, c'est-à-dire celles qui dépendent d'obstacles à la transmission des sons dans la caisse, sont très souvent susceptibles d'une amélioration notable par l'emploi du massage de Delstanche.

L'intensité du massage doit être proportionnée à l'importance de l'obstacle qui, dans l'oreille moyenne, s'oppose au libre passage des ondes sonores. Donc, plus cette entrave sera grande, plus il faudra mettre d'énergie dans l'emploi de la raréfaction et de la condensation.

De fortes pressions ne conviennent pas dans les affections de l'oreille moyenne avec léger trouble auditif, car elles occasionneraient des sensations douloureuses, parfois aussi des vertiges et un accroissement des bruits subjectifs, tandis que ces mêmes pressions n'auraient rien d'exagéré et n'éveilleraient guère d'impression désagréable, en cas de perturbation profonde de l'ouïe.

Au surplus, il sera toujours prudent d'augmenter graduellement la force du massage tout en constatant les effets sur le malade, afin d'être prêt à modérer l'action de l'appareil dès la moindre manifestation de douleur.

Tel qu'il se pratique ordinairement, le massage débute par l'aspiration à laquelle fait suite la condensation. On répète ce double mouvement plus ou moins souvent selon la cause anatomique du trouble de l'audition. La moyenne habituelle oscille entre dix et trente coups de piston par séance. Quelquefois, et cela se constate notamment en cas de sclérose, des poussées courtes, se suivant de très près, donnent de meilleurs résultats que des aspirations et des pressions plus espacées et plus énergiques. Seligmann (¹) préconise le massage vibratoire à raison de cent secousses par séance; Haug (²) et Gellé recommandent une série de dix à vingt mouvements oscillatoires, pendant vingt à trente secondes, pratiqués à l'aide d'un tuyau en gomme qui, de l'oreille du malade, aboutit à la bouche de l'opérateur et permet à celui-ci de condenser et ra-

(¹) *Archiv. für Ohrenk.*, 1897.

(²) *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1897.

rélier alternativement l'air contenu dans l'oreille externe. Lucae (¹) estime prudent de ménager une petite ouverture dans la paroi du tuyau en gomme du masseur, en vue d'éviter un surcroit de pression. Delstanche (²) signalait déjà, au congrès international d'otologie de Bâle, en 1884, comme particulièrement efficace dans les cas de sclérose sans grande lésion appréciable de l'appareil transmetteur, une série de petits mouvements saccadés et très rapprochés, qu'il ne pouvait mieux comparer, disait-il, qu'à ce que l'on nomme « trémolo » dans le langage musical. Le terme de massage vibratoire n'était pas encore usité à cette époque. D'après une lettre que ce frère m'a adressée récemment, il estime utile, chez beaucoup de sujets, de varier, en une même séance de traitement, la force et le rythme des mouvements imprimés au fond de l'oreille, de faire, par exemple, alterner de petites secousses vibratoires, d'égale intensité, avec quelques pressions plus prononcées et de substituer ensuite aux mouvements de va-et-vient la raréfaction ou la condensation progressives.

Wegener, Breitung et Chevalier Jackson font, de leur côté, ressortir les avantages de la substitution d'un moteur électrique à l'emploi de la main pour actionner le masseur de Delstanche, en raison de la facilité d'obtenir, de la sorte, des mouvements vibratoires d'égale intensité et de pouvoir, à volonté, en modérer ou en accélérer la marche. Nous ne voyons pas en quoi les appareils de ces Messieurs l'emportent sur le masseur de Delstanche et, à plus forte raison, sur son raréficateur à double effet. Ce dernier instrument convient particulièrement à l'exécution du massage, car il permet non seulement de prolonger, autant qu'on le juge opportun, la durée de la raréfaction, mais se prête on ne peut mieux, en outre, à produire l'alternance de la raréfaction et de la condensation de l'air avec toute la rapidité vibratoire et la régularité désirables.

Quant au double massage proposé par Jankau et Iljesch, procédé dont ces auteurs se louent beaucoup, et qui consiste à faire coïncider la raréfaction de l'air dans le conduit avec sa condensation dans l'oreille moyenne, et *vice-versa*, je ne pos-

(¹) *Archiv für Ohrenhk*, vol. XLII, 1897.

(²) Comptes-rendus : *De la thérapeutique de la sclérose de l'oreille moyenne*.

sède pas, jusqu'à présent, des données suffisantes à son égard pour être en mesure de me prononcer sur sa valeur.

On se trouvera bien de combiner le massage du tympan et des osselets avec *les méthodes de traitement qui empruntent la voie de la trompe d'Eustache pour agir sur l'oreille moyenne*, dans les catarrhes chroniques non purulents de cette région; ainsi qu'en témoigne le fait que l'amélioration de l'ouïe obtenue, en pareil cas, par la douche d'air, s'accentue encore en recourant ensuite au massage. Par contre, nous condamnons l'emploi de ce dernier, lorsqu'il y a atrophie ou collapsus du tympan, ou bien une dépression très prononcée de cette membrane, dépression qui ne pourrait que s'exagérer pendant la phase de condensation du massage.

A titre exceptionnel, le massage peut aussi exercer une influence favorable sur l'ouïe dans les *affections de l'oreille moyenne connues sous la désignation collective de sclérose*. Le plus souvent, la surdité reconnaît ici pour cause une lésion de la capsule osseuse du labyrinthe qui encadre la fenêtre ovale et dont la prolifération morbide déborde sur la platine de l'étrier au point d'arriver graduellement à immobiliser cet osselet et à combler la fenêtre. Ce n'est, on le conçoit, que dans la première période de ce processus d'envahissement osseux que le massage est susceptible de rendre quelque service, c'est-à-dire quand la mobilité de la platine de l'étrier n'est pas encore gravement compromise.

Dans ces cas, on obtient le plus souvent par le massage une amélioration de l'ouïe plus appréciable que par la douche d'air à travers la trompe d'Eustache, ainsi qu'en témoigne le résultat d'une expérience physiologique que j'ai faite.

Il ressort de cette expérience que l'excursion de la platine de l'étrier pendant la douche d'air par le cathétérisme est moins étendue que celle obtenue par la raréfaction et la condensation alternées dans le conduit auditif externe. L'enseignement à tirer de ce fait, au point de vue clinique, c'est que dans la plupart des cas, où l'obstacle pathologique de transmission des sons réside seulement dans la fenêtre ovale ou dans la niche de celle-ci, les autres parties de la caisse étant normales, l'effet thérapeutique du massage sera beaucoup plus efficace que

celui des insufflations d'air par la trompe. Au contraire, dans les catarrhes diffus de l'oreille moyenne, compliqués d'imperméabilité de la trompe et de forte rétraction du tympan, la douche d'air produira une amélioration de l'ouïe beaucoup plus grande que la raréfaction et le massage par le conduit.

Bien que l'amélioration obtenue par le massage dans les cas d'otite scléreuse soit passagère, on doit d'autant moins la dédaigner qu'elle est accompagnée d'une diminution des bruits subjectifs et d'une impression d'allègement dans les oreilles et dans la tête. Il va sans dire que ce procédé n'a aucune influence sur le processus morbide localisé à la fenêtre ovale, pas plus que, dans les cas d'otite scléreuse avancée avec ankylose de l'étrier, le massage ne peut en avoir.

Ce dernier est indiqué, par contre, dans les suppurations taries, ayant laissé après elles des adhérences ou des brides pathologiques entre le tympan cictré et la paroi interne de la caisse. Dans la plupart de ces cas, il agit favorablement sur l'ouïe en augmentant la mobilité de l'étrier, qui est fixé, par du tissu conjonctif de nouvelle formation, dans la niche de la fenêtre ovale.

Mais c'est surtout quand des adhérences divisent la caisse en un nombre plus ou moins grand de compartiments, que l'on aura particulièrement à se louer du massage, car, en pareil cas, l'air poussé à travers la trompe viendrait se briser contre les cloisons cicatricielles situées dans la région antérieure de la caisse, laissant, par conséquent, les parties postérieures de cette cavité, siège si important des deux fenêtres labyrinthiques, en dehors de son influence. On s'explique ainsi pourquoi le traitement par les douches d'air n'amène ici aucun changement, alors qu'au contraire l'emploi du massage s'y montre maintes fois d'une si remarquable efficacité.

Je voudrais encore signaler ici un *mode de traitement des otites moyennes suppurées chroniques* que j'ai employé dans une série de cas d'otorrhée rebelle. Après avoir pratiqué la douche d'air et nettoyé l'oreille, on remplit le conduit auditif avec une solution tiède d'hyperoxyde d'hydrogène (solution à 6 % coupée de moitié eau); puis on se sert d'un petit ballon relié à un tube de caoutchouc qui s'adapte à l'entrée du méat,

afin de raréfier et de condenser alternativement l'air. Par ce procédé le liquide pénètre petit à petit jusque dans les cellules les moins accessibles de l'oreille moyenne, les débarrasse en partie des matières septiques qui y stagnent et nettoie ainsi mieux l'oreille que ne pourrait le faire aucune autre manipulation.

Des expériences instituées par moi sur le cadavre, en perforant la membrane tympanique, puis en instillant dans le conduit auditif une solution de carmin, ont démontré que grâce à ce moyen, la présence du liquide peut se constater même dans les cellules périphériques de l'oreille moyenne. Aussi la compression devra-t-elle être modérée, car une pression trop forte entraînerait le liquide à travers la trompe dans le naso-pharynx.

Messieurs, me voici arrivé au terme de la tâche que je m'étais imposée, celle de démontrer, en me basant surtout sur des expériences et des observations qui me sont personnelles, que la raréfaction de l'air et les autres procédés de massage auxquels j'ai fait allusion dans le cours de cette communication, constituent un ensemble de moyens mécaniques dont il n'est plus possible de contester l'action bienfaisante contre certains états pathologiques de l'oreille.

L'usage de tous ces procédés, est-il nécessaire de le dire, doit être réglé méthodiquement. On n'y aura recours que dans certains cas spéciaux où ils seront absolument indiqués, car l'abus de la douche d'air ou du massage pourrait avoir pour l'audition les mêmes effets désastreux que l'abus de l'épreuve de Valsalva ou des insufflations à travers la trompe.

J'ai eu soin au surplus, de vous faire remarquer que si les effets obtenus par l'usage exclusif de ces procédés peuvent être avantageux, on aurait tort, malgré cela, de considérer ceux-ci autrement que comme des agents thérapeutiques qui, pour donner tout ce qu'on est en droit d'en espérer, doivent nécessairement être associés aux diverses méthodes d'insufflation de la caisse. Ils n'en sont pas moins une addition précieuse à nos moyens curatifs. Je dirai même que je prévois pour eux un champ d'application beaucoup plus étendu, lorsque, grâce aux progrès de la thérapeutique des maladies de l'oreille, nous serons devenus aussi habiles à les soigner que nous le sommes aujourd'hui à en déceler la nature et les causes.

II

PARALYSIE RÉCURRENTIELLE INCURABLE BÉNIGNE CONSÉCUTIVE À LA ROUGEOLE (¹)

Par **M. LERMOYEZ**, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La paralysie totale et complète d'un récurrent, qui immobilise une corde vocale dans la position dite *cadavérique*, c'est-à-dire en situation intermédiaire à la position de respiration et à la position de phonation, n'a pas de gravité par elle-même. Elle ne cause pas de dyspnée, car elle réduit à peine d'un quart l'aire respiratoire de la glotte ; elle modifie peu la voix et la couvre seulement d'un léger enrouement faux, très rarement d'une sonorité bitonale, seulement appréciable pour des oreilles fines.

Et cependant il est classique d'admettre qu'une paralysie récurrentielle est toujours chose grave. Cette gravité, en effet, elle la possède réellement : elle la puise, non en elle-même, mais en sa valeur sémiologique. Elle est généralement l'expression bénigne d'une lésion pathogénique presque toujours fatale ; anévrisme de l'aorte, cancer de l'œsophage, tuberculose pulmonaire, tabes. De sorte que, jusque dans ces derniers temps, en mettant à part les faits rares de section accidentelle ou chirurgicale du nerf récurrent, on pouvait admettre que la constatation d'une paralysie récurrentielle complète équivaut à un arrêt de mort, dont seule l'échéance était incertaine.

Or, en étudiant les causes des paralysies récurrentielles (²),

(¹) Communication à la Soc. méd. des Hôp., 25 février 1898.

(²) MARCEL LERMOYEZ. — Les causes des paralysies récurrentielles. Rapport présenté à la Société française d'otologie et de laryngologie, session de mai 1897.

j'ai montré que si ce pronostic classique s'appliquait à la majorité des cas, il était loin de les englober tous ; et qu'au point de vue de leur gravité, on pouvait distinguer trois types de paralysie récurrentielle :

1^o La *paralysie récurrentielle incurable grave*, forme classique bien connue, qui mène à la mort du fait de lésions dont elle n'est qu'un signe ;

2^o La *paralysie récurrentielle curable bénigne*, qui guérit sans laisser de trace de son passage et qui semble n'être que le résultat d'une névrite, dont le refroidissement est un des facteurs ;

3^o Et, comme intermédiaire entre ces deux types extrêmes, la *paralysie récurrentielle incurable bénigne*, infirmité compatible avec une survie indéfinie et dont la cause le plus souvent nous échappe.

Semon, Felici considèrent les faits de ce dernier groupe comme le signe inaugural d'un tabes à échéance lointaine. C'est là une opinion beaucoup trop exclusive. Il est plus logique d'admettre que sur le parcours du récurrent ait pu se produire telle lésion qui ait détruit un segment de ce nerf ; et cette lésion, non pas nécessairement mortelle, ayant disparu, l'interruption nerveuse peut lui survivre indéfiniment. C'est ainsi que les choses ont dû se passer dans l'observation que je rapporte, intéressante par sa rareté, et dans laquelle on ne peut vraiment incriminer un tabes latent à début récurrentiel, la paralysie laryngée ayant apparu à l'âge de 3 ans et durant depuis vingt-sept ans sans l'addition d'aucun autre symptôme de préataxie.

Mme Augustine A..., âgée de 30 ans, vient me consulter pour un rhume, datant de quinze jours, dit-elle : elle se plaint d'une toux quinteuse, fréquente, qui la fatigue beaucoup. Malgré cela l'état général est satisfaisant. Rien au niveau de l'aorte : réflexes rotuliens normaux. En outre, elle présente une altération profonde de la voix, sur laquelle elle n'attire cependant pas l'attention.

La voix est éteinte, rauque, fausse, possédant le timbre bitonal ; elle est accompagnée d'un léger siflement laryngé très aigu, qui, du reste, se produit seul chaque fois que le malade

PARALYSIE RÉCURRENTIELLE INCURABLE BÉNIGNE 359

fait une respiration un peu forte ; pas de dysphagie, pas de dyspnée : aucun autre symptôme d'ordre laryngé, si ce n'est que, quand elle parle, M^{me} A... est obligée de reprendre haleine à chaque instant ; il y a manifestement chez elle une fuite, un coulage de l'air au niveau de la glotte.

De tels symptômes doivent faire immédiatement penser à l'existence d'une paralysie vocale ; et, en effet, l'examen laryngoscopique permet de constater une hémiplégie laryngée gauche.

La corde vocale gauche reste absolument immobile, occupant la *position cadavérique*. Elle est plus étroite qu'à l'état normal et semble plus courte, ce qui est dû à ce que la partie du cartilage arytenoïde de ce côté a basculé en avant. Son bord libre est un peu excavé. Sa coloration reste blanche. Dans toute sa partie visible (trois quarts antérieurs environ), on n'observe aucun mouvement : elle ne se porte pas en dehors pendant les plus puissants efforts d'inspiration ; elle ne se porte pas en dedans et ne se tend pas pendant les tentatives de phonation.

La corde vocale droite, saine, blanche, très mobile, se porte fortement en dedans pendant les efforts phonatoires, dépassant même la ligne médiane pour tâcher d'affronter son bord libre à celui de sa congénère et produire ainsi l'occlusion glottique nécessaire à l'émission de la voix ; mais, malgré ce mouvement d'adduction compensateur, qui indique l'ancienneté de cette paralysie, elle n'arrive pas au contact de la corde vocale paralysée. Quand le larynx cherche à émettre un son, on voit les deux cordes osciller : mais il demeure entre elles un espace assez grand par où sort en pure perte l'air expiré ; et, grâce au coulage qui se produit en ce point, l'air ne peut être emmagasiné dans les bronches et la trachée sous une pression suffisante pour donner des vibrations normales à la corde demeurée saine ; d'où l'aphonie, d'où aussi le besoin qu'a cette malade de reprendre haleine à chaque instant quand elle parle.

Le jeu des arytenoïdes, pendant ces divers mouvements laryngiens, présente des particularités intéressantes. L'arytenoïde gauche ayant basculé en avant, le sommet de l'arytenoïde droit, resté en sa place normale, se trouve sur un plan postérieur, pendant la situation de respiration calme. La malade vient-elle à émettre un son, l'arytenoïde droit se porte en dedans avec la corde qu'il meut ; ce mouvement est décomposable en deux temps : dans un premier temps, le sommet de ce cartilage se porte directement en dedans jusqu'à venir au contact de celui de son voisin ;

puis, dans un deuxième temps, arrêté par cet obstacle et cherchant cependant à dépasser la ligne médiane dans un mouvement d'adduction compensateur, il se porte obliquement en avant et à gauche et arrive finalement à se trouver presque antérieur à l'aryténioïde gauche. Mais, malgré ce chevauchement des deux sommets, les apophyses vocales n'arrivent cependant pas en contact.

Cette hémiplégie s'accompagne d'un certain degré d'atrophie de la moitié gauche du larynx, s'accusant surtout par le rapetissement transversal de la corde vocale.

Le toucher à la sonde semble indiquer une légère diminution de la sensibilité de la muqueuse du côté malade : néanmoins, en ces points, une excitation un peu forte amène encore le réflexe glottique.

La muqueuse laryngienne ne présente aucune trace d'inflammation chronique.

Du côté des voies aériennes supérieures, on trouve quelques altérations peu importantes. Depuis plusieurs années, la malade mouche du muco-pus en assez grande abondance.

La rhinoscopie antérieure et postérieure montre seulement de la rhinite chronique sans hypertrophie des cornets ; l'irritation a gagné le pharynx nasal qui est rouge, mais lisse. En examinant la gorge, on note une amygdalite lacunaire chronique assez accentuée du côté gauche.

En présence d'un tel tableau symptomatique, un diagnostic s'impose, celui de paralysie du récurrent gauche, dont les signes se retrouvent ici au complet. Il s'agit, en somme, d'un syndrome banal, mais ce qui fait l'intérêt de ce cas, et m'a décidé à le communiquer à la Société, ce sont les circonstances étiologiques vraiment exceptionnelles au milieu desquelles il a pris naissance, ainsi que sa durée.

Pressée de questions, M^{me} A... raconte qu'elle n'est pas enrôlée depuis seulement quinze jours, comme elle l'avait d'abord laissé soupçonner, mais depuis *vingt-sept ans*.

A l'âge de trois ans, elle eut une rougeole très grave, elle dut garder le lit pendant six mois, et, au cours de cette maladie, perdit la voix : quand elle entra en convalescence, elle était muette, lui dirent ses parents. Cependant, au bout de quelque temps, elle éprouva une légère amélioration dans sa dyspnée ; mais l'année suivante, à l'âge de 4 ans, elle fut atteinte d'une coqueluche très longue, et au sortir de laquelle elle se trouva de nouveau aphone, mais cette fois définitivement. Et depuis lors,

sa voix est restée telle qu'aujourd'hui, ne subissant jamais de variations en bien ni en mal.

Ni pendant ces deux maladies infantiles, ni depuis cette époque, la malade n'a eu d'accès de suffocation à type de spasme de la glotte ou à type d'asthme : jamais elle n'a eu d'autre affection sérieuse. Du reste, son infirmité vocale ne la gêne guère ; elle s'y est habituée, et même, malgré l'impossibilité où elle se trouve de fermer sa glotte, elle peut cependant, sans aucune gêne, faire des efforts. Mais elle raconte d'une façon très précise que chaque fois qu'elle s'enrhume, elle est prise d'une toux quinteuse violente, simulant la coqueluche, et dont les secousses amènent des vomissements mécaniques.

En ne retenant de ces renseignements si nets que ces deux faits de haute importance : début de la paralysie laryngée au cours d'une rougeole et coexistence d'une toux coqueluchoidé à répétition, et en les rapprochant de cette donnée anatomique que le récurrent gauche est, dans la première portion de son trajet, en rapport intime avec le groupe ganglionnaire péritrachéobronchique de ce côté, on était amené à diagnostiquer une destruction du nerf récurrent par une adénopathie trachéobronchique ancienne ; or, dans l'espèce, ce diagnostic se trouvait pleinement confirmé par l'examen direct de la poitrine de la malade.

A l'inspection, on constate que la partie supérieure gauche du thorax est un peu aplatie : il semble que l'articulation sterno-claviculaire se soit enfoncée, comme si elle avait été attirée en arrière. La percussion et l'auscultation au niveau de la poignée sternale ne donnent aucun renseignement ; cependant si l'on percute un peu fort l'articulation sterno-claviculaire gauche, on détermine une certaine douleur et on provoque une quinte de toux ; rien de semblable ne se produit quand on percute l'articulation droite. Même phénomène provoqué en arrière quand on percute l'espace situé entre la partie supérieure de l'omoplate gauche et la colonne vertébrale. En ce point, il existe une subtilité très légère : et l'oreille perçoit nettement une modification du bruit respiratoire normal qui prend un timbre presque soufflant, tandis qu'à droite, dans l'espace homologue, le murmure vésiculaire conserve son timbre normal.

J'ajoute enfin que la malade ne présente aucune adénopathie du cou ou de l'aisselle : et que, même pendant les quintes de toux, on ne voit émerger aucun ganglion des creux sus-claviculaires.

A noter, parmi ses antécédents, que son père est mort de tuberculose pulmonaire : c'est la seule tare héréditaire qu'elle accuse.

Une telle série d'accidents n'a rien que de très logique, et ce qui doit nous étonner, c'est qu'elle ne se rencontre pas plus souvent. Or, observer une aphonie paralytique définitive à la suite d'une rougeole est un fait si rare, qu'en parcourant une partie de la littérature médicale à la recherche de faits semblables, je n'ai rencontré que 3 cas qui peuvent être rapprochés du mien.

Dans un cas de Morell Mackenzie (¹), il s'agissait d'une femme de 41 ans, présentant depuis son enfance un fort enrouement, survenu à la suite d'une rougeole ; à l'examen laryngoscopique, on trouva la corde vocale gauche immobile en position cadavérique. L'auteur anglais ajoute qu'il n'existe ni anévrisme, ni tumeur intrathoracique, ni hypertrophie ganglionnaire pouvant expliquer la paralysie récurrentielle.

Deux autres faits ont été récemment rapportés par Masucci (²). L'un concerne un enfant de 14 ans, qui présentait une aphonie consécutive à une rougeole remontant à quatre semaines, et chez lequel la corde vocale droite était en position cadavérique : le massage vibratoire du larynx amena une guérison rapide. L'autre a trait à une jeune fille dont la voix devint rauque dans la convalescence d'une rougeole ; au laryngoscope, Masucci constata une paralysie du récurrent droit, qui ne céda ni à l'électrisation, ni au massage vibratoire.

L'adénopathie trachéobronchique est cependant de règle au cours des rougeoles graves.

Ordinairement cette complication a une durée courte : la compression de récurrents se traduit par des spasmes glottiques, exceptionnellement des parésies passagères ; souvent la participation du nerf vague au processus se traduit par des quintes de toux coqueluchoides ; plus d'une fois on a diagnostiqué à tort une coqueluche succédant à la rougeole ; et il est

(¹) MORELL MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies du larynx*. Traduction française de E. Moure et F. Bertier, 1882, p. 611.

(²) P. MASUCCI. — Soc. italienne de laryngologie, séance du 26 octobre 1892.

possible que, dans le cas actuel, cette coqueluche dont la malade souffrit l'année qui suivit sa rougeole et de laquelle date la perte définitive de sa voix n'ait été qu'une recrudescence de symptômes de cette adénopathie morbilleuse. Plus tard, les ganglions enflammés reprennent ordinairement leur volume normal : la compression cesse, les phénomènes laryngés disparaissent. Il peut pourtant arriver qu'à la suite de la rougeole, cette adénopathie s'établisse à demeure, ayant une durée indéfinie ; Duplay et Robin, Liouville ont signalé la persistance possible, dans de tels cas, d'une induration ganglionnaire avec hypertrophie. Les deux traits principaux de leur symptomatologie peuvent être : la toux coqueluchoise et le pseudo-asthme (asthme ganglionnaire) ; mais il peut se faire aussi que la compression des récurrents, qui, dans une phase première, en excitant ces nerfs, produisait aussi du spasme de la glotte, en amène à la longue la dégénérescence, d'où hémiplégie laryngée. Dans le cas que je rapporte, les signes stéthoscopiques permettent d'affirmer qu'il existe encore, vingt-sept ans après une rougeole qui l'a engendrée, une induration de ganglions bronchiques qui est la cause unique de l'aphonie.

Il est intéressant d'inscrire l'aphonie définitive sur la liste des complications de la rougeole, tout en insistant sur ce qu'elle a d'exceptionnel. Il est surtout intéressant de voir que la destruction irrémédiable d'un nerf aussi important que le récurrent n'amène aucun trouble de la santé ; à ce point de vue, la rougeole a reproduit chez ma malade l'expérience classique de Legallois.

J'insisterai, en terminant, sur un détail de cette observation qui a son importance. Bien que la glotte ne puisse se fermer, ni retenir sous pression l'air dans la cage thoracique, cependant l'effort demeure possible. Il y a dans ce fait, d'apparence paradoxale, une confirmation de la théorie, jadis émise par Krishaber, que pendant le phénomène de l'effort, ce qui emprisonne l'air dans les voies aériennes et immobilise le thorax, c'est moins l'occlusion de la glotte, comme l'enseignent les classiques, que la contraction exagérée des plans musculaires de l'entrée du larynx, dont l'innervation dérive autant des nerfs laryngés supérieurs, que des récurrents.

III

UN NOUVEAU CAS DE MYXOME HYALIN TYPIQUE DU LARYNX

Par le Dr H. GAUDIER (de Lille) (1).

La rareté des myxomes hyalins du larynx donne un intérêt tout particulier à l'observation suivante qui en présente un exemple typique.

Le 22 janvier 1898, M. T., âgé de 34 ans, vient à la Clinique pour les symptômes suivants qui remontent à 3 ans environ : voix très rauque, par moment aphonie complète, sensation de corps étranger dans le larynx, accès de toux et de dyspnée surtout la nuit. Le malade, à chaque inspiration et expiration, a très nettement la sensation d'une sorte de soupape qui se soulève et retombe. — Pharyngite granuleuse. Fosses nasales intactes. Au point de vue général, le patient est un vigoureux gaillard qui n'a jamais été malade, d'une herédité parfaite, père de deux beaux enfants.

Examen laryngoscopique. — Cet examen, assez difficile et nécessitant l'emploi de la cocaïne, permet de constater qu'il existe, insérée au niveau de la commissure antérieure et reposant sur les deux cordes vocales inférieures qu'elle cache presque complètement, une tumeur d'aspect muqueux, lisse, gris bleuâtre, pyriforme, pédiculée et du volume d'une amande moyenne.

L'aspect général est absolument celui d'un polype muqueux du nez, et, à première vue, je porte le diagnostic : myxome des cordes vocales inférieures.

Intervention, après badigeonnage du pharynx et du larynx, avec la solution de cocaïne au 1/5. La tumeur est morcelée avec

(1) Les pièces ont été présentées à la société centrale de médecine du Nord.

la pince laryngienne de Gottstein. En quatre coups de pince la tumeur est extraite et les fragments aussitôt fixés dans l'alcool.

Saignottement insignifiant, au niveau du point d'insertion, commissure et corde vocale inférieure gauche. Pas de spasme laryngé, retour immédiat de la voix et de la respiration. On prescrit le repos vocal et quelques pulvérisations alunées froides à 1/100. Le malade est revenu huit jours après complètement guéri. Il n'existe plus au niveau de l'insertion qu'une tache rougeâtre.

Examen microscopique. — Les fragments de la tumeur, colorés en masse au carmin-borax, débités après inclusion dans la celloïdine et examinés, démontrent que l'on se trouve en présence d'un myxome hyalin typique du larynx. Sur la périphérie de la tumeur, et en les points respectés par la pince, existe une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, qui se continue directement, sans intermédiaire en aucun point de fibrilles connectives. avec une masse fondamentale parsemée de rares vaisseaux gorgés de sang, et dans laquelle sont noyées des cellules, de formes diverses, arrondies, allongées, polyédriques, polynucléées et polynucléolées, avec fin réseau de fibrilles délicates, qui anastomosent certaines d'entre elles, formant ainsi le chevelu caractéristique.

Dans certains points, ces cellules sont accumulées en tas, serrées les unes contre les autres. Il s'agit bien là d'un myxome hyalin typique.

Cette variété de tumeurs est une rareté, au niveau du larynx ; en effet, Thiébault, dans une thèse (¹) inspirée par Natiér en 1890, n'en comptait que quelques cas. C'est à Bruns (²) qu'est due la première observation avec examen microscopique. Elle date de 1868. — La tumeur, d'aspect jaune rouge, était implantée sur la commissure antérieure. Elle fut enlevée au moyen d'une anse de fil fin. Le professeur Schuppe qui en pratiqua l'examen histologique diagnostiqua : Myxome hyalin pur.

La deuxième observation vient de Morell-Mackensie (³). Il

(¹) « Contribution à l'étude des myxomes du larynx ». Th. de Paris, 1890, n° 39.

(²) BRUNS. — Drei und zw. anzig neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes, 3^e Beobachtung. Tübingen, 1873.

(³) MORELL-MACKENZIE. — Essay on grouts in the larynx (case 99).

s'agissait d'une tumeur presque transparente, implantée sur la corde vocale inférieure gauche, et qui fut extraite avec la pince laryngée ordinaire. L'examen démontre qu'il s'agissait d'un fibro-myxome ; ce qui rend le fait moins intéressant en lui-même.

Le troisième cas a été rapporté par M. Eeman de Gand⁽¹⁾. C'était une tumeur grise, lisse, arrondie, petite (2 millimètres) insérée sur la moitié antérieure du bord libre de la corde vocale gauche inférieure. Ablation à la pince latérale de Fauvel. Examen de la tumeur par le Dr Van Duyse. Tissu de myxome.

M. Eeman à d'autre part, à la suite d'une enquête faite à ce sujet, avait reçu deux lettres, l'une de Schmidt, de Francfort, l'autre de Tauber de Cincinnati, qui avaient opéré, l'un une tumeur de la corde vocale inférieure gauche, l'autre une tumeur de la face linguale de l'épiglotte, qui, à l'examen microscopique, étaient constituées par du myxome. Ceci portait à cinq le nombre des observations.

Depuis, M. Eeman, en 1889⁽²⁾, publiait un nouveau cas. — Myxome hyalin de la corde vocale inférieure droite. La tumeur de couleur gris perle, mamelonnée, fut enlevée à la pince de Fauvel. C'était du tissu hyalin pur.

Quatre ans après, au Congrès belge d'otologie et de laryngologie, M. Eeman citait un autre fait analogue⁽³⁾.

Cependant, en 1890, M. Moure⁽⁴⁾ en publiait une observation. — Tumeur de la grosseur d'un pois, gris blanchâtre, couleur de raisin pas mûr, enlevée à la pince de Fauvel.

Enfin, M. Thiébault dans sa thèse⁽⁵⁾ rapporte un cas opéré par Natier. — Tumeur de la grosseur d'une petite cerise, implantée sur la partie moyenne de la corde vocale gauche, couleur rouge vineuse uniforme, qui fut enlevée à la pince laryngée à l'emporte pièce. Examen par Nicolle. Myxome pur.

⁽¹⁾ *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* (janvier 86).

⁽²⁾ *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, n° 3, 1889, page 65.

⁽³⁾ *Id.* 1893, page 554.

⁽⁴⁾ *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1890, juillet.

⁽⁵⁾ *Loco citato.*

Avec ces faits le cas que nous venons de citer portent à dix le nombre de myxomes du larynx décrits dans la science (¹).

Le dépouillement des observations citées, ne prouve pas grand' chose, quant au diagnostic possible de cette variété des tumeurs laryngées ; et je ne vois guère que mon observation, où l'aspect tout à fait spécial de la tumeur, sautant aux yeux, devait faire penser à un polype muqueux.

Ce diagnostic est d'ailleurs fait, dans la majorité des cas, par l'examen anatomo-pathologique ; car les symptômes généraux rapprochent beaucoup de ceux des polypes du larynx en général.

Ils se remarquent toutefois, par leur accroissement qui se fait d'une façon très lente avec, de temps en temps, des poussées conjestives qui se traduisent par une exagération des symptômes, toux et dyspnée. Des cas de récidive ont été signalés, contrairement à ce que l'on croit du myxome (Moure, Eeman).

Le traitement le plus simple, puisqu'il s'agit de tumeurs, le plus souvent nettement pédiculées, c'est l'extraction par arrachement, qu'il est prudent de faire suivre de cautérisations du pédicule.

Dans quelques observations, on a signalé une paralysie momentanée, d'une ou des deux cordes vocales qui tiennent à la longue évolution du myxome. Dans ce cas, un traitement électrique consécutif s'impose.

Quant à la rareté de ces tumeurs, cela tient peut-être à ce fait que nombre de tumeurs enlevées, ne sont pas examinées microscopiquement ; et peut-être que dans l'avenir elles acquerront une fréquence plus grande, à mesure que l'étude anatomique en sera faite d'une façon plus régulière.

(¹) WAGNIER. — A cité sans détails le cas d'une jeune fille, qui dans un effort de toux, expulsa une tumeur, dans laquelle l'examen fit reconnaître des portions myxomateuses.

IV

OTITE MOYENNE CHRONIQUE SUPPURÉE, AVEC LÉSIONS ÉTENDUES DE LA MASTOÏDE ET DU ROCHER TRAITÉE PAR L'ÉVIDEMENT MASTOIDIEN

Par E. LOMBARD, interne des Hôpitaux⁽¹⁾.

Proch, 26 ans, se présente à la consultation pour un écoulement d'oreille datant, dit il, de quelques jours et accompagné de céphalalgie violente dans toute la région temporale et occipitale gauche.

L'oreille gauche aurait coulé dans l'enfance, et depuis, à différents intervalles, mais d'une manière insignifiante. Depuis très longtemps la suppuration paraissait tarie et le malade ne souffrait pas. Il avait seulement remarqué une notable diminution de l'audition de ce côté. Le malade ne signale pas d'antécédents pathologiques notables en dehors de son affection locale. Les accidents actuels auraient été précédés d'un coryza aigu (grippe?). L'otorrhée s'est installée sans souffrances. Depuis quelques jours seulement les maux de tête ont apparu. Insomnie complète.

L'examen au spéculum montre le conduit rempli de liquide séro-purulent fétide. Le conduit membraneux est retréci ; les parois en sont tuméfiées surtout dans la profondeur ; un peu de rougeur en haut et en arrière ; desquamation épidermique.

La membrane est détruite en grande partie ; il en reste des débris adhérents en arrière. On n'aperçoit du marteau que l'apophyse externe et la partie supérieure du manche. Le fond de la caisse visible par la perte de substance est rouge, granuleux, suppurant.

La région mastoidienne n'est pas modifiée extérieurement : il n'y a ni œdème, ni changement de coloration de la peau ; à la pression, on détermine une douleur vive et assez bien limitée à la partie supérieure de la région au niveau de l'antre.

(1) Observation recueillie à la clinique otolaryngologique de l'Hôpital Lariboisière.

Audition très diminuée. Nulle pour la voix chuchotée, elle existe à peine pour la voix haute. La montre n'est pas entendue au contact. Le Weber est latéralisé du côté malade. Rinne négatif (percept. aér.).

12 décembre. — Le malade est admis à l'Hôpital. On prescrit des lavages avec une solution de sublimé au 1/2000. Le lendemain de l'entrée, la température monte à 38°8. la céphalalgie persiste et la douleur est de plus en plus nette à la pression de la mastoïde.

Devant cette symptomatologie, l'intervention est décidée. Incision à 5 millimètres en arrière du sillon rétroauriculaire. Le périoste est ruginé avec soin et l'apophyse découverte. A l'aide du maillet et de la gouge dirigés d'arrière en avant, nous ouvrons l'antre mastoïdien. L'antre est infiltré de pus ainsi que les cellules avoisinantes dont les parois céderont facilement sous la curette. Le stylet permet de reconnaître de nombreux points de carie vers l'aditus. L'évidement complet et le curettage de la caisse nous paraissent indiqués. Nous décollons le conduit membraneux en arrière à l'aide d'une rugine courbe étroite. L'hémostase est immédiatement assurée par une mèche de gaze iodoformée tamponnant le conduit jusque dans la caisse. Le champ opératoire étant bien éclairé par la lampe électrique frontale, nous faisons sauter sur le protecteur de Stacke, la paroi externe de l'aditus et la paroi externe de la logette des osselets. Les parois de la caisse sont minutieusement explorées avec le stylet. La curette ramène la tête du marteau, l'enclume cariée et des fongosités. L'opération est complétée par l'application de deux lambeaux empruntés au conduit membraneux sur la brèche osseuse. Pour tailler ces lambeaux, nous transfixions avec un bistouri étroit la conque tout près du méat et nous sectionnons le cartilage suivant une ligne presque demi circulaire concave en avant et dont les extrémités correspondent aux deux extrémités du diamètre vertical du méat. Une ou deux pinces sont placées sur les lèvres de l'incision et assurent l'hémostase. Sur la sonde cannelée introduite dans le conduit membraneux et chargeant sa paroi postérieure, nous incisons cette paroi perpendiculairement à l'incision demi courbe de la conque. Les extrémités ou mieux les angles des deux lambeaux ainsi formés sont fixés par deux points à la lèvre postérieure de l'incision rétro-auriculaire. On suture la plaie cutanée rétro-auriculaire sauf immédiatement en arrière du conduit et sur une longueur de 1 centimètre environ. Une mèche de gaze iodoformée tamponne le conduit jus-

que dans la caisse et complète l'accolement des lambeaux cutanés et des surfaces osseuses évidées. Pansement légèrement compressif. L'opération a duré quarante-cinq minutes.

13 décembre. — T° matin 37°,5 — soir 37°,8.

14 décembre. — T° matin 37°,3 — soir 37°,7.

La céphalalgie a presque entièrement disparu.

17 décembre. — On renouvelle le pansement et la mèche du conduit. Les points rétro-auriculaires sont enlevés. On ne laisse que les deux points qui maintiennent les lambeaux à la lèvre postérieure de l'incision rétro-auriculaire. Ceux-ci sont enlevés cinq jours plus tard.

15 janvier 1898. — L'épidermisation des surfaces évidées marche rapidement.

2 février. — La plaie opératoire osseuse est tout à fait recouverte. Il n'y a presque plus de suppuration.

L'examen de l'audition donne les résultats suivants : audition nulle pour la voix chuchotée ; très faible pour la voix haute. La montre n'est pas entendue au contact. La perception osseuse reste ce qu'elle était avant l'opération.

En résumé, chez ce malade, l'évidement complet et le curetage de la caisse, l'opération radicale comme on la nomme à l'étranger, nous paraît avoir été nettement indiquée par l'étendue et la diffusion des lésions osseuses.

Certes, on aurait pu, en présence d'accidents qui semblaient devenir menaçants, se contenter d'ouvrir l'antre mastoïdien et essayer de traiter ensuite par les procédés habituels l'otorrhée persistante.

Les résultats de ce traitement, nous semble-t-il, eussent été très aléatoires.

L'extraction du marteau et de l'enclume eût été insuffisante pour tarir la suppuration. L'audition est loin d'avoir été améliorée. Mais nous croyons que, dans des cas analogues, (audition presque nulle avant l'opération) telle ne doit pas être la préoccupation du chirurgien. L'otorrhée persistante, entretenu par des lésions osseuses, étendues à l'aditus, à l'antre et à son voisinage, la possibilité toujours présente de complications rapidement graves sont des arguments bien autrement sérieux pour justifier une large intervention.

SOCIÉTÉS SAVANTES**SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE***Séance du 8 janvier 1897 (¹).**Président : B. FRAENKEL.**Secrétaire : P. HEYMANN.*

1. KIRSTEIN. — **Progrès dans l'examen laryngoscopique des jeunes enfants.** — Le but de l'instrument imaginé par Escat, de Toulouse, est de faciliter l'examen laryngoscopique de petits enfants surtout indociles, et il s'agit de laryngoscopie indirecte, c'est-à-dire de l'examen au miroir. L'instrument est introduit par-dessus la base de la langue et les deux crochets de la fourchette pénètrent latéralement du larynx dans le sinus pyriforme. On presse alors la partie inférieure et on tire fortement en avant pour introduire le miroir. Ainsi le maniement externe serait identique à celui du crochet bien connu de Mount Bleyer. Mais le procédé diffère de l'instrument de Mount Bleyer et de la modification de Moritz Schmidt. Tandis que l'instrument de Mount Bleyer n'est autre chose que la déformation du releveur primitif de l'épiglotte de Reichert, celui d'Escat est basé sur un principe nouveau. Lorsque nous voulions relever l'épiglotte, indirectement, avec un instrument (c'est-à-dire sans la toucher) nous n'avons que le principe de Jurasz-Reichert, la pression sur la racine de la langue dans la région du ligament glosso-épiglottique moyen. L'instrument d'Escat au contraire laisse libre la région du ligament glosso-épiglottique et cherche des points d'insertion latéraux. Si au point de vue théorique c'est une nouveauté, c'est excessivement pratique. En comparant les deux instruments tout l'avantage est du côté du nouveau, car il laisse l'épiglotte libre. J'ai toujours été satisfait de son emploi.

Je vais dire quelques mots aussi sur l'autoskopie chez l'enfant. Lorsque je décrivis la technique de la spatule, nous n'avions

(¹) D'après la *Berliner Klin. Woch.* 7 février 1898.

pour relever l'épiglotte que l'instrument de Reichert auquel j'adaptai mes spatules. Aujourd'hui, on le remplacera par celui d'Escatt.

Par ces nouveaux procédés, il sera extrêmement rare d'échouer dans l'examen complet d'un enfant en une seule séance. Les enfants indociles sont très vite examinés par cette méthode.

2. ROSENBERG. — Femme de 35 ans, ayant une tumeur gélatineuse remplissant presque toute la narine gauche, d'un gris blanchâtre, ressemblant à un polype muqueux, qui lors de la phonation était visible derrière le voile; il s'agissait d'un polype nasal, envoyant vraisemblablement un prolongement dans le pharynx. Il était inséré par un large pédicule au bord de la choane gauche. Lors de l'excision, apparut à la partie antérieure un kyste dont le contenu se vida dans la main de R. qui avait introduit son index gauche dans le rhino-pharynx afin de guider la pince.

Le polype offre un aspect particulier et diffère comme forme des polypes naso-pharyngiens communs. La projection de rameaux dans le nez n'est pas très rare, mais la particularité de ce polype consiste en ce qu'il repose sur deux pieds, ou plus exactement sur deux jambes. Sa masse principale, pénétrant dans le pharynx nasal, a l'apparence d'un hémisphère rond dont une face est absolument lisse, tandis que l'autre est sphérique; elle présente d'un côté un enfoncement qu'avec de la bonne volonté on peut prendre pour l'empreinte du bourrelet tubaire.

De la masse principale du polype partent deux rameaux, l'un se dirigeant vers le méat moyen, l'autre vers le méat inférieur. Ils ne sont pas tout à fait semblables et reproduisent exactement l'image de la région qu'ils traversent.

3. HERZFELD. — Tandis que la plupart des **rhinolithes** sont formés par de la chaux et quelquefois par des sels de magnésie, H. en montre un composé en grande partie de fer sulfurique et de fer métallique pur. Le malade qui le portait, âgé de 30 ans, souffrait depuis dix ans d'obstruction nasale gauche, écoulement fétide, abolition de l'odorat et céphalée gauche. La pierre siégeait très haut dans la fosse nasale gauche et en raison de sa dimension il fallut le morceler à l'intérieur du nez avant de l'extraire. Dans un des fragments excisés d'un brun noir, nous trou-

vâmes à notre grande surprise une parcelle de fer métallique pesant environ 5 centigrammes. Le reste de la masse contenait 1 à 2 grammes de fer sulfurique mélangé à une très petite quantité de substance organique. A-t-on affaire ici à un corps étranger introduit par l'extérieur du nez, ou le fer sulfurique s'est-il développé à l'intérieur du nez à la suite du dépôt de ce fragment de fer ? Contre la première hypothèse, nous relevons la dimension de la masse dont le morceau principal a encore 1cm,5 de long et 1cm,3 de large. Puis ce fragment n'aurait pu pénétrer inaperçu que dans l'enfance et les douleurs auraient apparu dès cette époque. Aussi je considère que la parcelle de fer est l'origine primitive du rhinolith.

J'ai trouvé une explication plausible à l'introduction de la parcelle. Dix ans auparavant au cours d'une rixe, le malade avait reçu un coup de couteau dans l'angle naso-oculaire gauche. Il portait une cicatrice à cet endroit, et ses douleurs dataient de ce moment.

4. B. FRAENKEL montre la seconde alvéolaire extraite du maxillaire supérieur d'une jeune fille atteinte d'un **empyème du maxillaire supérieur** et portant sur sa racine un granulome long de 2 centimètres. La dent a dû pénétrer librement dans l'antre.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET D'OTOLOGIE

Septembre 1897 (*Brit. med. journ.*, 1897, p. 1549).

1. BRYSON DELAVAN. — **Progrès récents dans le traitement chirurgical des affections malignes du larynx.** — Après quelques considérations sur les progrès des méthodes opératoires, sur l'amélioration de la statistique des laryngotomies, sur le peu de certitude que donne le diagnostic histologique tout au début du mal, D. examine plus particulièrement la question de la trachéotomie préliminaire. Cette opération est-elle nécessaire ? La réponse de la plupart des opérateurs autorisés est affirmative, la trachéotomie permettant d'éviter l'entrée du sang dans la trachée, partant la pneumonie septique puisqu'on supprime la

communication entre la plaie et les voies respiratoires. A quel moment faut il faire la trachéotomie par rapport à la laryngotomie ? La trachéotomie faite comme premier temps de la grande opération a pour elle d'éviter au patient l'anxiété inséparable d'une intervention de plus, d'une chloroformation de plus — mais ces raisons tombent devant les nombreux arguments physiologiques, pathologiques et chirurgicaux qui militent en faveur de la trachéotomie précoce, car le succès final de l'intervention dépend ici moins de l'opération en elle-même, que des conditions dans lesquelles elle est faite, des soins consécutifs, etc. La proximité du nerf pneumogastrique et du phrénique du champ opératoire, est une circonstance qu'il faut considérer à ce point de vue, car bien des symptômes de la période postopératoire se rapportent à l'irritation de ces nerfs ; la présence d'un tube trachéal cause une irritation qui se calme au bout de quelques jours et qu'il vaut mieux ne pas ajouter à celle de l'opération principale.

La trachéotomie apporte un changement brusque à la respiration, l'air arrive en masse tandis qu'il y avait souvent asphyxie plus ou moins prononcée, puis il n'a plus la température ni le degré d'humidité habituels, autant de causes d'irritation des bronches et du poumon ; il faut apprendre à porter une canule trachéale, à la changer, à boucher son orifice en temps utile, etc., c'est un apprentissage à faire et un grand souci de moins lorsque l'opéré est exercé et tranquille quant à sa respiration. L'état général et l'état local de voies respiratoires sont des plus favorablement influencés par l'hématose abondante dont l'organisme a été privé le plus souvent ce qui n'est pas négligeable ; il y a plus, le néoplasme laryngé, décongestionné par le repos, paraît rétrocéder durant quelques semaines et se trouve dans des conditions plus favorables à la délimitation des parties saines d'avec les parties malades. Enfin l'opération même est directement facilitée par la trachéotomie préliminaire : elle dure moins de temps, la perte de sang et le choc sont moindres, l'attention de l'opérateur n'est pas détournée de son objet principal et les adhérences solides qui se sont établies entre la trachée et les parties molles du cou, maintiennent la trachée lorsqu'on fait une laryngectomie totale d'après le procédé de Solis Cohen ; dans un cas, non publié encore, dont D. a eu connaissance, les sutures n'ont pu maintenir dans la plaie le bout supérieur de la trachée sectionnée, car elle exécutait continuellement de grands mouvements et la mort de l'opérée a été la

conséquence directe de cette circonstance qu'eut évitée la trachéotomie préliminaire.

2. F. BULLER. — **Discussion sur les résultats définitifs des opérations sur l'apophyse mastoïde.** — Les résultats des opérations sur l'apophyse mastoïde varient beaucoup suivant qu'il n'y a qu'une suppuration aiguë, ou bien, au contraire, qu'il y a carie du rocher ; dans le premier cas, il s'agit d'otites aiguës propagées à la mastoïde, le pus n'est pas fétide et dans ces cas la guérison parfaite est obtenue en peu de semaines, souvent l'ouïe est presque complètement rétablie ; la récidive est, pour ainsi dire, inconnue dans cette catégorie de faits, la guérison est définitive.

Il en va tout autrement des suppurations chroniques avec carie des os qui oblige l'opérateur à des évidements dont la limite ne peut être prévue ; s'il n'y a pas lieu de craindre trop l'ouverture du sinus, il y a, par contre, à se mettre en garde contre la blessure du nerf facial ; mais les opérations les plus étendues, les plus graves comptent bon nombre de guérisons avec et aussi sans fistules. B. cite une de ces cures dans un cas désespéré.

ALBERT H. BUCK partage la manière de voir de l'orateur précédent.

HUGH E. JONES. — **Les risques et les complications.** Sur une trentaine de cas de suppurations chroniques J. n'a pas observé de décès. La *paralysie faciale* est survenue quatre fois, mais elle a été passagère dans deux cas ; pour éviter cet accident, il faut, avant tout, voir clair et ne pas être gêné par le sang et les parties molles ; J. s'est bien trouvé de l'emploi d'une bande de toile que l'on passe sous l'oreille détachée (qui se trouve à cheval sur cette bande) et à l'aide de laquelle on attire bien le lobule en avant hors du champ opératoire ; la toile presse en même temps sur la surface de section et arrête le saignement sanguin. Les nausées ne durèrent jamais plus de 24 heures et ne furent inquiétantes que dans un seul cas.

Les *bourdonnements* d'oreilles n'ont jamais suivi l'opération. La *surdité progressive* antérieure à l'opération continua deux fois à s'aggraver après l'intervention ; la plupart des opérés présentèrent, par contre, une amélioration sensible du pouvoir auditif immédiatement après l'opération, amélioration qui ne se maintint pas, il est vrai, entièrement ; dans cinq cas, il n'y eut aucune amélioration de l'ouïe. La *douleur* a été cinq fois la raison principale de l'opération, elle a disparu définitivement.

L'écoulement a persisté dans 4 ou 5 cas, mais en perdant sa fétilité ; dans 5 autres cas, il y a eu de temps à autre des attaques d'écoulement ; la grande majorité des opérés conservent le conduit auditif sec, les sécrétions ne dépassant pas du moins les proportions normales.

CLARENCE J. BLAKE. — Bactériologie. L'examen d'une série de 37 opérations personnelles amène B. à la conclusion qu'il faut pousser la recherche de l'os carié et du pus jusqu'aux extrêmes limites et avoir pour objectif autant que possible la réunion par première intention. Le streptocoque pur a été trouvé 12 fois, le staphylocoque 6 fois, le diplocoque 5 fois et des associations microbiennes dans les autres ; deux fois il y avait simultanément les trois microorganismes précédents.

H. LEE MORSE. — Quelques points d'anatomie appliquée. L'auteur présente de nombreuses pièces anatomiques et anatomo-pathologiques qui permettent de juger de la position du nerf facial, du sinus, de la corde du tympan et du canal semi-lunaire par rapport au champ opératoire dans les procédés de Schwartzze et de Stacke ; il en résulte que la première de ces opérations est de beaucoup la plus sûre ; lorsqu'elle n'est pas possible à cause de la situation très superficielle du sinus latéral, on exécutera l'opération de Stacke, mais en ayant soin de perforer la paroi postéro-supérieure du conduit auditif dans une direction bien verticalement ascendante ; il faut se servir de curettes beaucoup plus petites qu'on ne le fait d'habitude ; pas mal d'accidents sont imputables au volume des instruments employés.

GORHAM BACON a fait en deux ans 20 opérations pour des complications intracrâniennes d'otites ; sur ce nombre, 15 cas ont été favorables ; B. considère la dénudation du sinus comme nullement dangereuse lorsqu'on procède aseptiquement.

J. WARD COUSINS intervient chirurgicalement toutes les fois que des symptômes aigus surviennent dans le cours d'une otite chronique ; l'ouïe a été souvent améliorée après l'opération.

3. PRICE BROWN. — **Laryngite arytenoïdienne chronique**, — L'auteur a observé un certain nombre de cas de laryngites chroniques dans lesquelles les lésions se trouvaient limitées à la commissure interarytenoïdienne ; il apporte quatre observations de ce genre, la muqueuse interarytenoïdienne est tuméfiée, indurée, érodée ou fissurée ce qui entraîne des troubles vocaux et des douleurs. Dans deux de ces cas, la guérison complète fut obtenue par l'usage de l'acide lactique, dans deux autres par ce-

lui du nitrate d'argent qui n'avait rien donné dans les premiers cas. Dans un cas, on aurait pu supposer la tuberculose, dans les deux autres, il y avait des analogies avec la pachydermie.

4. H. V. WURDEMANN (de Milwaukee). — **Nécrose phosphorique de l'os temporal.** — Les complications du côté de l'oreille sont des plus rares dans la nécrose phosphorique, soit que la mortification de l'os s'étende jusqu'au squelette de l'oreille externe, soit qu'une collection purulente vienne s'y ouvrir; l'auteur apporte une observation de cette nature. Le patient, homme de 58 ans, ouvrier dans une fabrique d'allumettes, présentait depuis trois ans des accidents légers du côté des maxillaires et avait perdu la plupart de ses dents tout en conservant un bon état général, lorsqu'il survint des douleurs dans l'oreille gauche et peu après un écoulement de pus fétide par le conduit auditif; quelques mois plus tard on retira un séquestre du maxillaire supérieur, mais l'oreille ne fut soignée qu'un an après le début de l'otorrhée; à cette époque, il fut facile de voir que la paroi osseuse du conduit auditif était malade, perforée, mais le patient refusa l'opération proposée et celle-ci fut exécutée seulement lorsque des phénomènes septicémiques fort graves se furent déclarés. Les parois postérieure et supérieure du conduit auditif étaient, en effet, nécrosées et les cellules mastoïdiennes, saines en elles-mêmes, remplies de pus; la membrane du tympan était perforée. Le malade se rétablit vite, mais dans l'espace de 18 mois, il eut à subir cinq opérations pour l'extraction de nouveaux séquestrés de la région mastoïdienne et du conduit auditif. L'origine de cette nécrose du rocher doit être recherchée évidemment dans l'inflammation et la nécrose du maxillaire supérieur.

5. CHAS. H. KNIGHT. — **Un crochet à boutons extrait du larynx par la thyrotomie.** — Le catalogue des corps étrangers des voies respiratoires va comprendre un nouvel objet, le crochet à boutons. Un enfant de sept ans aspira un crochet métallique, eut un violent accès de toux et de dyspnée et devint aussitôt aphone, mais ce fut tout, nul autre trouble ne survint malgré les nombreuses tentatives d'extraction qui furent pratiquées, le corps étranger étant parfaitement reconnaissable dans le ventricule droit. Six semaines se passèrent ainsi avant que l'auteur ne pratiquât la thyrotomie, le crochet fut enlevé très facilement, la canule trachéale fut supprimée au bout de 36 heures et tout

était guéri au bout de quinze jours ; mais l'enfant restait aphone et les cordes vocales, saines, n'arrivaient pas au contact pendant la phonation ; dix semaines plus tard seulement l'enfant émit un jour un son à sa grande surprise, il continua dès lors à s'exercer et en peu de jours recouvrit la voix normale.

6. J. O'DWYER. — **Sténose syphilitique aiguë du larynx ; tubage, guérison.** — Le tubage dans la sténose laryngée aiguë de l'adulte est encore très discuté, surtout par suite de l'inexpérience des médecins ; le tubage est plus difficile chez l'adulte que chez l'enfant, de sorte que la menace d'asphyxie est plus grande ; l'usage des tubes d'enfants pour les adultes a causé des désastres dont la méthode est innocente ; par contre, le tubage bien fait à l'aide d'un instrument de forme et de dimensions appropriées rend de grands services ainsi que le prouve l'observation suivante : Une femme de 40 ans présente un jour de la toux croupiale, de l'enrouement et un peu de dysphagie, le lendemain il y a de l'aphonie et la dysphagie est absolue ; la dyspnée survient et le troisième jour la suffocation est imminente. O'D. pratique le tubage qui donne un soulagement immédiat, mais comme les parties molles de l'entrée du larynx sont fortement tuméfiées et surplombent un peu le tube, la dyspnée revient 20 heures plus tard et le médecin de garde auprès de la malade retire le tube par le fil que l'on avait laissé attaché dans la prévision de cet accident. Une heure et demie plus tard, O'D. introduit un tube plus gros, qui reste dix jours en place. L'examen laryngoscopique avait fait reconnaître l'existence d'un ulcère syphilitique tertiaire du larynx et une laryngite sans ulcérasions, aussi le traitement ioduré amena-t-il une guérison rapide. La déglutition étant impossible, la malade fut alimentée à l'aide de la sonde œsophagiennne avant comme après le tubage et la guérison ne se fit pas attendre. Le diamètre de la tête du premier tube mesurait 3/4 de pouce, celui du second 7/8 d'un pouce. Le tubage est aussi indiqué et aussi utile chez l'adulte que chez l'enfant pour peu qu'on se munisse de tubes convenables ; pourtant il y a des cas où le tubage ne peut être pratiqué à cause de l'impossibilité d'ouvrir la bouche assez largement, lorsqu'il y a une inflammation phlegmoneuse de la gorge. Le miroir laryngoscopique pourra parfois être utile, quand on n'arrive pas à saisir l'épiglotte avec le bout du doigt.

7. HORNE et YEARSLEY. — **L'eucaine comme anesthésique dans**

la chirurgie de la gorge, du nez et de l'oreille. — Les auteurs se sont servi d'eucaïne dans une centaine d'opérations diverses sur le nez, l'oreille, les amygdales, le naso-pharynx, le larynx, etc. Ils préparent la solution de chlorhydrate d'eucaïne en se servant de tablettes de vingt-cinq centigrammes ; en général, deux solutions à 5 % et à 10 % suffisent pour tous les usages ; la stérilisation par l'ébullition n'altère en rien l'anesthésique. L'instillation de quelques gouttes dans l'oreille, l'application de tampons imbibés dans le nez et le badigeonnage du pharynx, sont les modes d'applications propres à chaque région. Il est vrai, comme cela a été dit souvent, que l'eucaïne provoque une hypérémie immédiate, mais elle est passagère et suivie d'une ischémie légère, qui va croissant si l'on réitère l'application de l'eucaïne et dans aucun cas cette hypérémie n'a pour conséquence une hémorragie post-opératoire. La salivation est également passagère lorsqu'elle se produit et ceci n'a lieu que dans les cas d'application de l'eucaïne sur des surfaces enflammées ; à ce propos, voici une observation intéressante : chez un patient atteint de parotidite, on applique de l'eucaïne sur l'amygdale et la muqueuse buccale du même côté, immédiatement la parotide augmente de volume et devient douloureuse, mais ces phénomènes disparaissent tandis que s'établit l'anesthésie. Les sensations consécutives à l'emploi de l'eucaïne sont moins durables et moins pénibles que celles dues à la cocaïne, au bout d'une heure, en général, la sensibilité est revenue à la normale. Quant à des effets toxiques, les auteurs n'en ont observé aucun.

8. J. MACKENZIE. — Des relations physiologiques et pathologiques du nez avec l'appareil génital dans l'espèce humaine — En rapprochant les faits bien connus d'épistaxis menstruelle, de la ménopause ou vicariante, l'épistaxis de la puberté, de l'onanisme, les rapports entre le sens de l'olfaction et l'instinct sexuel, le retentissement sur les affections du nez de l'état des organes génitaux, l'auteur arrive à la conclusion que les tissus érectiles de ces deux appareils sont en quelque sorte liés dans leur fonctionnement si bien que le point de départ d'une affection hypertrophique de la muqueuse nasale peut se trouver dans l'excitation réflexe répétée, venue de l'appareil génital.

LENNOX BROWNE et BRYSON DELAVAN ajoutent que le réflexe se produit aussi bien en sens contraire, c'est ainsi que chez des enfants de 4 et de 6 ans, ils ont vu la masturbation cesser immédiatement et définitivement après l'ablation de végétations adénoïdes.

CLARENCE BLAKE fait observer que certains troubles auditifs dus à la congestion des tissus dans la région de l'étrier, avec ankylose consécutive de cet osselet, se rencontrent souvent chez des femmes jeunes encore, et augmentent au moment des règles, 80 % de ces femmes souffrent de quelque affection utérine, telle qu'une déviation ou une ulcération.

9. ALBERT BUCK. — **Traitemen**t non opératoire des suppurations chroniques de l'antre mastoïdien et du toit de la caisse.

— Les opérations plus ou moins radicales, l'extirpation des osselets, l'opération de Stacke ont maintenant fait leurs preuves et il ne s'agit pas de les critiquer ; mais il est permis de dire que leurs indications ont été par trop étendues ; si, dans la clientèle hospitalière il n'est guère possible pour le patient ni pour le médecin d'arriver à un résultat satisfaisant par des nettoyages minutieux et répétés, demandant une bonne demi-heure plusieurs fois par semaine, tel n'est pas le cas des clients privés qui préfèrent souvent tout à l'opération ; lorsque, dans ces conditions, la caisse du tympan est accessible à travers une perforation suffisante et haut placée ou lorsque cette perforation peut être facilement augmentée par l'ablation du marteau et de l'enclume, le traitement non opératoire peut arriver à la guérison. Les injections de peroxyde d'hydrogène au moyen de tubes spécialement recourbés, l'extraction mécanique de tous les détritus, l'introduction de poudres antiseptiques dans la cavité ainsi nettoyée à fond font les frais du *traitement par le nettoyage* ; la majorité des cas ainsi traités le sont avec succès.

10. EWART et HUBERT. — **Effets favorables de l'introduction d'huile créosotée à travers la canule trachéale dans les cas d'obstruction de la trachée par des membranes diphthériques.** — Les auteurs, se trouvant en présence d'un enfant de 2 ans, atteint de diphthérie laryngée et trachéo-bronchique et suffocant malgré la sérothérapie et la trachéotomie, eurent recours à l'écouvillonnage de la trachée ; le soulagement fut très passager, l'enfant ne toussait et n'expectorait pas ; on introduisit alors quelques gouttes d'huile d'olive dans la canule, l'écouvillonnage amena peu après des fausses membranes en abondance, mais l'enfant ne toussait toujours pas. L'huile simple fut remplacée par de l'huile créosotée à 5 %, dont on versait une grosse goutte toutes les demi-heures dans la canule, chaque fois il se produisait des accès de toux avec rejet de fausses membranes

trachéales et bronchiques, à partir de ce moment, la dyspnée alla tombant rapidement, l'enfant fut bientôt hors de danger et guérit sans incidents. L'huile créosotée paraît avoir pour effet de détacher les pseudo-membranes de la muqueuse, de les désagréger ; d'autre part, la créosote agit des plus favorablement sur les voies respiratoires infectées, et la toux qu'elle provoque est tout à fait salutaire.

M. N. W.

SOCIÉTÉ HONGROISE
D'OTOLOGIE ET LARYNGOLOGIE (¹).

Séance du 13 octobre 1897.

Président : V. NAVRATIL.

Secrétaire : POLYAK.

1. V. NAVRATIL. — Déviation et épine de la cloison nasale. — Jeune homme de 17 ans, dont le nez est dévié depuis l'enfance, l'air passe difficilement du côté gauche. Obstruction totale de la narine gauche depuis trois à quatre ans; le malade est affecté d'un coryza chronique et dort la bouche ouverte.

Le nez est aussi dévié extérieurement, la portion osseuse incline à gauche et la partie cartilagineuse à droite. A 5 millimètres de son orifice, la fosse nasale gauche est rétrécie par la boursouflure semi sphérique de la cloison qui touche l'aile du nez, au point qu'on peut à grand peine introduire une sonde fine dans le méat nasal inférieur. Les choanes sont libres. Catarrhe pharyngo-laryngé chronique.

Opération sous le chloroforme le 3 octobre 1897. La fosse nasale gauche est fendue avec le ciseau jusqu'à l'os nasal, on voit alors que non seulement la cloison est courbée, mais qu'elle est cachée du côté du vomer par une bande cartilagineuse à bords droits touchant la paroi externe. On détache la muqueuse et le péricondre et on résèque la bande et une partie cachée de la cloison. Tamponnement. Suture de la plaie. Réunion par première intention. Le 7 octobre, on enlève les sutures et on change le tampon. L'air circule librement à travers la narine gauche.

(¹) D'après le compte rendu officiel du Dr Polyak, secrétaire de la Société.

Le malade se trouve parfaitement bien et dort la bouche fermée. Le catarrhe pharyngo-laryngien diminue progressivement.

2. V. NAVRATIL. — **Polype du larynx.** — Journalier de 48 ans, enroué depuis trois ans. Dans ces derniers temps la raucité s'est compliquée d'accès de dyspnée. Le malade est bien développé et se nourrit convenablement, les organes respiratoires sont normaux ainsi que le nez, la bouche et le pharynx. Sous la commissure antérieure, on voit une tumeur grosse environ comme une prune, d'un gris rouge pâle, un peu chargée à l'extrémité et ayant un large pédicule, qui, lors de l'extirpation, est projetée par dessus la corde vocale droite, et pendant l'inspiration est aspirée par la fente glottique qu'elle remplit presque complètement. La voix est rauque, la respiration momentanément calme. Les lèvres vocales sont injectées mais mobiles.

Nous avons eu affaire dans ce cas à un polype bénin d'une dimension inusitée. Nous ne saurons qu'après l'ablation s'il s'agit d'un fibrôme ou d'un polype muqueux, j'incline plutôt à la dernière hypothèse. Je ferai l'extraction par la laryngofissure.

BAUMGARTEN. — Il est presque impossible de retirer une tumeur aussi importante par la voie intra laryngienne, aussi je partage l'avis de Navratil, mais je ferai l'ouverture transversale qui me permettrait d'arriver plus près de la tumeur et de la saisir mieux.

POLYAK fait quelques remarques sur l'aspect de ce polype qui, quoique pédiculé et presqu'entièrement mobile, a une surface irrégulière granuleuse et recouverte de pus; à la pointe se trouve une ulcération grosse comme un pois dont la base est revêtue de détritus sales. P. ne croit pas qu'on soit en présence d'un simple polype muqueux, mais plutôt d'un granulome infectieux, peut-être un tuberculome ou une tumeur maligne. Toutefois la motilité et les cordes vocales normales s'élèvent contre cette hypothèse. En tout cas on fera l'opération extra-laryngienne.

PAUNZ ne partage pas l'avis de Polyak au sujet de la malignité de la tumeur.

ZWILLINGER considère cette tumeur comme un fibrôme œdémateux.

NAVRATIL donnera son diagnostic après l'opération, mais il croit à la bénignité de l'affection.

3. BAUMGARTEN. — **Empyème des cellules ethmoidales avec**

abcès orbitaire. — Fillette de 12 ans ayant eu la scarlatine deux ans auparavant, depuis un an elle remarque une excroissance douloureuse dans l'angle antéro-supérieur de l'œil gauche. Le Prof. Szili ayant vu la malade à sa clinique pour les maladies des yeux, me l'adressa croyant que le mal avait une origine nasale.

Dans l'orbite gauche, occupant l'os inguis, on voyait une tumeur grosse comme un poïs, la peau la recouvrant était rouge, la tumeur était douloureuse et fluctuante.

Dans la narine gauche, un peu plus dilatée que la droite, on distingue l'extrémité antérieure du cornet moyen revêtue d'une muqueuse normale, mais les os ont presque triplé. J'ouvris aussitôt la bulle osseuse, et après l'extraction d'une portion dure de l'os, je pénétrai dans une cavité remplie de granulation et de pus. Après un lavage je fais passer une sonde en avant, en haut et en dehors. Lorsque je pressai la tumeur orbitaire il s'écoula un flot de pus crâneux et la tumeur disparut.

La cavité est agrandie et maintenue bâante, la malade se lave elle-même chaque jour et depuis trois mois la sécrétion ne reparaît plus que lorsque la fillette demeure trois jours sans se soigner.

En Hongrie, on rencontre souvent des empyèmes ouverts des cellules ethmoidales, mais plus rarement des empyèmes fermés, la propagation à l'orbite est extrêmement rare (plus répandue en Amérique et en Angleterre). Même les oculistes l'observent peu. C'est seulement à la suite de scarlatine ou d'influenza que les enfants sont atteints d'empyèmes des sinus.

4. POLYAK. — **Résection de la cloison.** — Pièce provenant d'un homme de 40 ans affecté de déviation de la cloison compliquée de la formation d'une bande et envahissant toute la narine gauche. Les bords de la bande touchent la paroi externe et projettent une fourche profonde dans le cornet inférieur. Opération avec la scie. Le fragment excisé conservé dans l'alcool mesure 2 centimètres et demi de long et 1 centimètre de haut, il était tellement enclavé dans le méat nasal qu'il fallut un violent effort pour l'extraire.

Séance du 11 novembre 1897.

Président : V. NAVRATIL.

Secrétaire : POLYAK.

1. V. NAVRATIL. — **Polype du larynx extrait par la laryngofissure.** — Opération effectuée sur le malade présenté à la dernière séance de la Société. Il s'agissait d'un polype muqueux. Lorsque le malade fut perdu de vue, son larynx était presque normal, sauf une injection modérée des cordes vocales. La voix était claire. La guérison fut un peu retardée par la suppuration d'une suture de la plaie.

2. V. NAVRATIL. — **Papillômes multiples enlevés par la laryngofissure.** — Homme de 47 ans chez qui l'on avait diagnostiqué, seize ans auparavant à Vienne, une tumeur laryngienne mais qui ne s'en préoccupa nullement malgré son enrouement jusqu'à l'apparition de la dyspnée survenue il y a quatre semaines. Sous la corde vocale gauche se trouve une tumeur papillomateuse grosse comme une noisette qui, lors de l'expiration, envahit la fente glottique et l'obstrue presque totalement. Un autre papillôme siégeait sous la portion postérieure de la corde vocale droite. Laryngofissure sans trachéotomie, le 2 novembre, outre les deux premiers papillômes on en retira deux autres plus petits.

3. V. NAVRATIL. — **Un cas de laryngite fibrineuse.** — Le malade souffre depuis quelques jours de troubles de la déglutition. La cavité buccale est libre, le pharynx et le larynx injectés. Sur le cartilage arytenoïde droit, on voit un dépôt entouré de rouge, en triangle, irrégulier, fibrineux et de la dimension d'une pièce de 10 pfennigs. Depuis les grands froids c'est le second cas de ce genre que j'observe. J'ai toujours remarqué que la laryngite fibrineuse coïncidait avec l'abaissement subit de la température. La forme circonscrite de l'affection est très rare.

Discussion.

NEMAI. — Il est rare qu'une tumeur mesurant 20 centimètres de long sur 8 à 10 centimètres de large ne provoque pas de suffocation. Cela s'explique en ce que la tumeur comprimant les

parois latérales s'était ménagé de l'espace, pouvait se mouvoir librement, qu'elle changeait de place pendant l'inspiration et l'extirpation et n'entravait pas le passage de l'air. Je crois qu'elle a dilaté non seulement le ventricule de Morgagni, mais encore la paroi trachéale, mais Navratil n'en ayant pas parlé, je lui demanderai s'il existait une hypertrophie du ventricule de Morgagni.

SZENES. — Pour compléter cette observation, je dirai que depuis quelques jours j'ai vu plusieurs cas d'otites moyennes suppurées aiguës qui ont provoqué des douleurs intenses, de la fièvre et une sécrétion profuse. J'ai été surtout frappé de la masse de parcelles cutanées qui nageaient dans le pus de l'écoulement et dont je reconnus au microscope la nature fibrineuse. Tous mes malades guérissent mais lentement, par suite de l'apparition d'une tuméfaction des parties profondes du conduit auditif suivie de desquamation. Je crois que ces accidents étaient aussi imputables à la chute brusque de la température.

V. NAVRATIL. — Chez mon premier malade, le polype occupait une partie du ventricule de Morgagni, mais on ne voyait pas de dilatation; nous fûmes frappés en opérant de la dimension de l'intérieur du larynx qui expliquait suffisamment l'absence de troubles respiratoires.

4. HULTH. — **Plastique nasale osseuse.** — Malade présenté à une séance précédente et qui a parfaitement guéri; son profil est normal, la peau recouvrant le nez est pareille à celle du visage et le résultat est bon également au point de vue cosmétique.

5. VALL. — **Carcinôme épithéial de l'oreille.** — A. S., boulangier, âgé de 39 ans, entre le 31 octobre 1897 dans le service de l'auteur à l'hôpital de la Miséricorde. Depuis cinq ans, il souffre d'un écoulement auriculaire droit d'origine inconnue; bien qu'il prenne des soins de propreté, la sécrétion est demeurée fétide. Au mois d'août est apparu un écoulement mêlé de pus et de sang et l'oreille est devenue sensible. Dans ces derniers temps un médecin lui a fait pratiquer durant cinq semaines des injections qui n'ont eu aucun effet. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, les douleurs ont augmenté et le malade a ressenti des douleurs dans la région de l'articulation sous-maxillaire ainsi qu'un gonflement qui l'empêche d'ouvrir la bouche; pendant plusieurs jours il doit se contenter d'aliments liquides.

A son arrivée dans le service le malade semble mal nourri, maigre et cachectique ; la partie droite de la face est très enflée, surtout au voisinage de l'oreille externe et de l'articulation sous-maxillaire ; si l'on presse doucement sur la tuméfaction auriculaire on voit s'écouler de l'oreille externe du pus sanguin fétide. Par l'ouverture extérieure du conduit auditif externe surgit, entourée de pus séro-sanguin, une tumeur d'un gris rougeâtre, grosse comme le petit doigt, ressemblant à de la corne qui saigne facilement ; on peut introduire la sonde au-dessus de l'écartement normal du tympan (le long de la paroi postérieure du conduit auditif externe jusqu'à 30 millimètres). La surface osseuse de la paroi du conduit auditif externe n'est pas rugueuse ; la fosse sous-maxillaire n'offre pas de passage. Rien d'anormal du côté de l'apophyse mastoïde. Légère tuméfaction des glandes lymphatiques du cou. Le malade ne pouvant remuer son articulation sous-maxillaire est dans l'impossibilité d'absorber des aliments solides ; sa parole est aussi incompréhensible.

Examen de l'ouïe. — Le malade dit que depuis cinq ans il a observé une rapide diminution de l'audition qui s'est accentuée surtout depuis l'été dernier. A droite la montre est perçue contre le pavillon. Rinne : « — » Weber latéralisé à gauche. A gauche la montre est entendue à 1 mètre. Rinne : « + ». Chuchottement perçu à 1 mètre.

Au bout de quelques jours on fit l'examen histologique d'une parcelle de néoplasme excisée et on reconnut un carcinome épithelial.

Cette affection est très rare, on trouve à peine 20 observations dans la littérature. Elle est toujours grave. On peut obtenir l'amélioration mais non la guérison ; on redoutera toujours la mort à la suite d'une méningite.

KREPUSKA est partisan d'opérer les cas de ce genre.

BAUMGARTEN dit aussi qu'il faut recourir à l'extirpation.

SZENES rapporte deux observations qui lui semblent extraordinaires. La première concerne un professeur de 40 ans, opéré par un confrère pour une otite moyenne suppurée chronique droite et une carie mastoïdienne datant de plusieurs années. Quelques mois après il vint consulter S. pour une suppuration fétide de la caisse, paralysie faciale et perte linéaire de substance de l'apophyse mastoïde recouverte d'une croûte qui cachait une carie. Malgré la perforation mastoïdienne large immédiate et l'extraction des parties cariées, le mal ne guérit pas et il fallut intervenir une seconde fois. Au microscope on ne re-

connut pas le cancer que l'on supposait. Après l'opération la carie progressa et ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'apparut le cancroïde qui s'étendait à toute la moitié droite de la tête.

Dans le second cas on avait affaire à un imprimeur de 40 ans, atteint d'otorrhée bilatérale depuis son enfance ; il vint trouver l'auteur pour de vives douleurs dans l'oreille gauche. Un traitement antiseptique suivi pendant des semaines demeurant inefficace, on fit l'ouverture radicale de la mastoïde et on retira l'étrier carié. Mais l'affection ne guérit pas, il survint d'abord une paralysie faciale, puis une carie de l'apophyse mastoïde gauche. Trois mois après, le malade fut opéré pour la seconde fois à la Polyclinique de Vienne mais encore sans résultat : il se fit opérer pour la troisième fois à la première clinique chirurgicale de Budapest où l'on diagnostiqua une tuberculose osseuse. Quelques mois après apparut le cancroïde accompagné de cachexie.

S. croit que dans les deux cas l'intervention opératoire a activé le développement du cancer et il se demande si une opération plus profonde n'aurait pas arrêté la marche de la maladie.

VALI accepte le diagnostic histologique, il fera seulement l'ablation des parties supérieures, l'intervention plus profonde lui paraissant inutile.

6. VALI. — **Condylomes de l'oreille.** — P. B. âgé de 26 ans, adressé à l'auteur le 2 novembre 1897 par le Dr D. Pérémi.

Le malade dit avoir souffert en 1895 d'une ulcération dure pour laquelle il suivit un traitement spécifique de deux mois à l'hôpital spécial de Budapest. Il se trouva bien, mais ressentant des douleurs pharyngées il revint plusieurs fois à l'hôpital où on lui fit vingt-et-une injections. En août dernier il remarqua sur son oreille droite une pustule grosse comme un pois, qu'il arracha en raison de vives démangeaisons qu'elle provoquait ; le pus jaunâtre séreux en s'écoulant fit naître sur les parties saines des pustules et des ulcérations.

A l'examen on voit tout le pavillon rouge et infiltré.

Tout le conduit auditif externe est coloré en rouge et infiltré ; à la surface inféro-antérieure on voit quelques tumeurs papillaires dont quelques-unes laissent échapper un liquide gris jaunâtre, séreux, peu fétide. Hypertrophie des glandes lymphatiques du cou. Audition : à droite le malade entend la montre à 1 mètre. Epreuve de Rinne « + », Weber latéralisé à droite. Chuchottement à 6 mètres. Côté gauche normal.

Les manifestations syphilitiques apparaissent sur l'oreille

externe comme sur toutes les autres parties du corps. On voit des tumeurs squameuses, de l'exanthème pustuleux et papilleux et des ulcérations superficielles ou aboutissant à la destruction des cartilages et des os. Ces dernières peuvent aussi être primitives ; excepté celles qui proviennent de bâsers ou de morsures, leur étiologie est inconnue. Les formes secondaires au nombre desquelles figure le condylome sont plus répandues, surtout chez les femmes dont le conduit auditif externe est étroit qui sont affectées de syphilis manifeste et sont malpropres ou souffrent d'otites suppurées. Beaucoup d'auteurs croient que les oreilles des femmes sont atteintes plus souvent d'accidents auriculaires secondaires, parce qu'elles irritent le pavillon de l'oreille en peignant leurs cheveux. Les affections secondaires atteignent principalement la surface antérieure du méat cartilagineux. Chez notre malade le conduit auditif externe est rétréci par la tuméfaction et l'infiltration et la sécrétion provoque des excoriations des parties externes. L'ulcération du condylome est suivie d'une cicatrisation qui, lorsque plusieurs condylomes sont rapprochés, peut donner lieu à un rétrécissement du conduit auditif externe. Si la syphilis est peu accentuée, on peut confondre le condylome au début avec la périchondrite ou le furoncle. Le condylome se développe lentement, est indolore et guérit avec lenteur même par le traitement spécifique.

Le traitement employé a été le suivant : épithèmes au sublimé, Ungu. et Empl. Hg. avec injections du sublimé. Le malade est en voie de guérison.

Séance du 25 novembre 1897.

Président : NAVRATIL.

Secrétaire : POLYAK

1. PAUNZ. — Sur l'opération des tumeurs laryngées bénignes. — L'auteur parle des malades atteints de tumeurs bénignes du larynx observés pendant deux ans, du 1^e novembre 1895 au 1^e novembre 1897 dans le service de chirurgie et laryngologie de l'hôpital Saint-Roch, et des méthodes de traitement employées. Dix-neuf malades porteurs de tumeurs laryngiennes ont fréquenté la consultation, la plupart avaient de petits papillomes et des polypes. Vingt-trois malades furent admis dans les salles, dont

8 cas de carcinôme, 10 de papillômes vrais et cinq polypes. P. n'aborde pas le cancer et s'étend seulement sur les papillômes et les polypes. La laryngofissure fut pratiquée dans 5 cas de papillômes et pour deux polypes. Les opérations ont été effectuées par Navratil sans anesthésie et trois fois sans trachéotomie préalable. Dans les 7 cas la tumeur fut extirpée facilement et complètement. On dut recourir quatre fois à la trachéotomie préliminaire. Chez deux malades (une fillette de 2 ans et un aubergiste de 37 ans) on ne put retirer la canule. Il s'agissait dans les 2 cas de papillômes très étendus. Tous les autres malades furent opérés par le procédé endo-laryngé.

Quant au traitement, P. partage la manière de voir de Navratil qui opère toutes les tumeurs du larynx radicalement par la voie la plus courte, endo-laryngienne si possible ; si cette méthode échoue, on pratique la laryngofissure.

Pour conclure P. présente un malade opéré par la laryngofissure d'un polype gros comme une prune siégeant sous la corde vocale droite.

2. POLYAK. — **Œdème laryngien circonscrit.** — Femme de 26 ans, souvent atteinte d'amygdalite, se plaint depuis le commencement d'octobre de sécheresse et de chatouillement dans la gorge, elle éprouve la sensation qu'on veut y attacher quelque chose. P. la vit pour la première fois le 23 octobre et constata l'existence d'un œdème du ligament ary-épiglottique gauche. Pas d'inflammation autour, la tuméfaction n'est pas douloureuse et la motilité du larynx normale. Examen négatif du sang et de l'urine.

L'œdème est survenu seulement il y a un mois, il augmente et diminue tour à tour. L'étiologie est toujours obscure ; la péri-chondrite, la leucémie, le diabète et la néphrite doivent être exclus. Aussi admettra-t-on qu'il existe dans un follicule adénoidien de la base de la langue un foyer purulent caché qui détermine un œdème collatéral.

3. FUCHS. — **Pemphigus vulgaire.** — F. R. 47 ans, mariée. Son père est mort à 76 ans d'une hernie étranglée. Sa mère a 66 ans et se porte bien. Jusqu'ici M^{me} R. a eu une excellente santé, règles normales, elle a eu trois enfants dont l'un a succombé à une phthisie pulmonaire. Les deux autres sont vivants mais faibles. Vingt ans auparavant elle a avorté deux fois ; pas de spécificité. L'affection dont elle souffre s'est manifestée il y a quatre mois

sans fièvre par des douleurs bucco-pharyngées lorsqu'elle parle ou avale. Le pharynx est gonflé et l'espace pharyngien est tellement rétréci par cette tuméfaction qu'il ne laisse même pas passer de l'eau.

La maladie gagna le larynx et provoqua des crises dyspnéiques; mais il y a quatre semaines apparurent des vésicules sur la peau de la poitrine, dans la région lombaire et au-dessus de l'articulation du coude.

La femme est anémie, affaissée, son pannicule graisseux a disparu, le système osseux et musculaire est convenablement développé. Rien d'anormal du côté des bronches ni du cœur. La muqueuse nasale est rougie, excoriée et saignant facilement contre l'aile du nez. Les excoriations se confondent, pourtant quelques-unes grosses comme des lentilles sont isolées. Sur la cloison cartilagineuse et la paroi nasale, rien d'anormal, à part la rougeur et le gonflement. Dans la bouche, sur la lèvre inférieure, des deux côtés on voit une vésicule gris blanchâtre, longue, de la dimension d'un pois dépassant de 3 millimètres le niveau environnant. Gencive tuméfiée et rouge. Langue chargée et bordée d'excoriations variant de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois.

La base des excoriations est le corium violemment rougi. Sur la muqueuse des joues on distingue des excoriations, la voûte palatine et la luette sont gonflées, d'un rouge de sang. La bouche répand une odeur pénétrante. L'épiglotte porte aussi des vésicules mais dont le contenu grisâtre est troublé. Mêmes manifestations sur les cartilages arytenoïdes. Après une cocaïnisation énergique, F. put voir les cordes vocales normales excepté de la rougeur et de la tuméfaction.

L'examen du pharynx et du larynx fut difficile par suite des souffrances de la malade.

NOMBREUSES EXCORIATIONS SUR LA POITRINE, LA RÉGION LOMBAIRE ET L'ARTICULATION DU COUDE DROIT.

Le Dr Prokes, gynécologue attaché à l'hôpital Saint-Roch, a bien voulu examiner les parties génitales et l'anus. Les grandes lèvres sont peu infiltrées, mais par place on y voit des vésicules brillantes contenant un liquide jaunâtre. Sur la fesse droite, à 5 centimètres environ de l'anus, se trouvent des excoriations, l'affection s'étend aux petites lèvres, mais l'entrée du vagin est libre. La paroi vaginale est lisse, érosions à l'orifice utérin. Réversion du corps de l'utérus, rejeté en arrière, plus grand que d'ordinaire et fixé au sacrum.

Urine de vingt-quatre heures 300 centimètres cubes, poids spécifique 1015, réaction acide. Ni sucre ni albumine. Après sémentation, une ou deux bulles épithéliales, quelques cristaux d'acide oxalique.

L'état subjectif de la malade est mauvais, elle s'alimente difficilement et seulement avec des liquides ou des mets semi-solides. Les excoriations provoquent des brûlures, les infiltrations cutanées engendrent la tension, l'insomnie, l'inappétence. La malade est très affaiblie.

En général, le pronostic du pemphigus vulgaire est mauvais. Sur 300 cas, Kaposi a obtenu 10 % de guérisons durables. Notre cas est grave en raison de l'extension prise par le mal.

Traitements : roboranslhinin à petites doses, diète sévère, lavages de la bouche avec une solution boriquée à 20 % mêlée d'aqua amygdalarum amararum.

Les excoriations sont enduites d'onguent boriqué. Sur les parties génitales épithèmes de solution de Burow (1 : 3 d'eau).

ZWILLINGER. — J'ai publié en 1889 plusieurs observations de pemphigus. Ensuite Landgraf s'est occupé de cette maladie. Irsai en a présenté un cas à la Société de médecine, et en dernier lieu, Thost, de Hambourg, a écrit un mémoire sur la bactériologie du pemphigus.

Le cas de Fuchs est analogue à ceux que j'ai rapportés, le diagnostic est certain.

4. IRSAI. — Guérison d'une gomme de la langue. — J. H. 45 ans, entré à l'hôpital le 18 octobre, présente sur le tiers postérieur de la langue, dans la ligne médiane, une ulcération de la dimension d'un thaler, recouverte d'un dépôt d'un jaune noirâtre sale à bords déchiquetés. D'après le malade le dépôt provenait de fréquents badigeonnages avec une forte solution de nitrate d'argent ; il nie toute infection. Pas d'hypertrophie glandulaire. Aucune trace d'infection primitive, aussi conclut-on à une gomme ulcérée atrophiée. L'affection évolue sans douleurs, on vit d'abord sur la langue un petit nodule qui augmenta lentement et s'ulcéra ensuite. Le traitement (iodure de potassium combiné avec le mercure) confirma le diagnostic. En trois semaines l'ulcération guérit.

Ce cas est intéressant, le malade ne présentant pas traces de syphilis.

5. GROAK. — Sarcômes du voile palatin. — Femme de ménage

de 43 ans, bien portante jusqu'à présent, réglée régulièrement toutes les quatre semaines sans douleurs, pendant huit jours, pour la dernière fois le 16 de ce mois.

Onze ou douze grossesses, la première fois avant 22 ans et la dernière il y a quatre ans. Les cinquième, septième, huitième, neuvième et dernières grossesses se sont terminées par des avortements du troisième au quatrième mois, à la suite d'excès de travail, hémorragies graves et intervention d'un médecin suivie de rétablissement rapide. Les autres accouchements ont été normaux ; trois enfants vivants bien portants, les autres sont morts en bas âge.

Vers Noël en 1896, la malade est atteinte de fièvre et de fortes courbatures, de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'otite moyenne purulente bilatérale ; la guérison fut obtenue par la paracentèse. A Pâques de 1897, les douleurs auriculaires reparurent mais seulement passagères.

Au printemps dernier survinrent de légers troubles de la déglutition et des maux de gorge que la malade attribua à des refroidissements. Mais ces douleurs progressèrent, les glandes sous-maxillaires droites commencèrent à enfler puis les autres suivirent, la malade accusa une sensation de plénitude dans le cou, maigrir, s'affaiblit et à la fin d'août se décida à consulter un médecin. Le traitement ioduré ne lui procura aucun soulagement et au commencement de novembre elle se présenta à la consultation des maladies de la gorge de la Polyclinique.

Appétit nul, selles régulières, pas de syphilis.

De taille moyenne, la malade est bien constituée. Le visage est pâle. Les glandes sous-maxillaires droites tuméfiées atteignent la dimension d'un œuf de poule. La bouche répand une odeur infecte.

La luette et le bord libre du voile palatin manquent. Ce dernier est remplacé par un bord ulcétré, épais, graisseux d'un jaune sale. Le voile du palais est infiltré ; la base de la langue libre.

A la rhinoscopie postérieure le côté droit est normal, la choane gauche est remplie par une tumeur ronde, revêtue d'une muqueuse lisse rougie n'atteignant pas tout à fait le bord supérieur de la choane.

Larynx normal, seule la muqueuse de l'extrémité du cartilage arytenoïde est un peu rouge.

Dans la narine gauche, épine de la cloison.

Toutes les glandes du cou sont hypertrophiées.

Au sommet droit quelques râles. Le ventre n'est pas sensible. Légère leucocytose dans le sang ; l'urine ne renferme ni sucre ni albumine.

La tumeur pharyngée fut considérée comme un néoplasme malin. Pour en reconnaître la nature on excisa un fragment. L'examen microscopique pratiqué au laboratoire du Prof. Pertik révéla un sarcôme à cellules polymorphes.

Traitemen : liqueur de Fowler ; gargarismes avec une solution d'hypermanganate de chaux. Iodoforme et dermatol pulvérisées appliqués localement.

La malade s'absenta quelques jours puis revint. La fétidité a disparu ; l'ulcération est presque complètement revêtue d'épithélium. La déglutition à peu près normale, l'état subjectif meilleur ; les glandes sont dans le même état.

KREPUSKA a soigné la malade l'an dernier pour une otite moyenne suppurée et ensuite pour une otite externe furonculeuse. Ayant examiné le nez et la gorge, K. vit sur la paroi pharyngée latérale, derrière l'amygdale droite, une ulcération à base graisseuse et à bords déchiquetés entourée d'un violent œdème ; les glandes étaient également gonflées et l'auteur eut l'impression d'une ulcération cancéreuse avec dégénérescence bubonique des glandes du cou.

BAUMGARTEN. — D'après l'examen histologique on a affaire certainement à un sarcôme et nullement à un lymphosarcôme.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE, RHINOLOGIQUE ET OTOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 29 octobre 1897.

Président : DUNDAS GRANT

1. GRIFFITH C. WILKIN montre un cas de lupus du nez et de la bouche.

WHISTLER confirme ce diagnostic par l'absence d'antécédents spécifiques du malade, l'échec du traitement spécifique, les os non attaqués.

2. DUNDAS GRANT expose trois cas de douleur frontale dépendant le premier d'une sinusite de l'antre d'Highmore, la deuxième

d'une affection du sinus sphénoidal, la troisième d'une sinusite de l'antre d'Highmore.

LENNOX BROWNE remarque que la douleur dans ces 3 cas a été le phénomène dominant, que la localisation de cette douleur précise le diagnostic de la région attaquée et en félicitant le Président du traitement adopté pour la sinusite du maxillaire, il est d'avis qu'on pouvait en rapporter l'origine à l'influenza qui est souvent la cause de ces inflammations plus aiguës déterminant la douleur, rare au contraire dans les formes chroniques observées par le chirurgien.

BARK félicite également le président du succès de son traitement, lui-même a toujours dû recourir à des méthodes plus radicales.

F. MARSH a observé dans 3 cas de sinusite bien nette du sinus sphénoidal une douleur frontale violente, mais vaguement localisée au vertex. Il l'a observée également dans 3 cas d'éthmoidite.

LE PRÉSIDENT répond qu'en ce qui concerne le cas de l'antre maxillaire il n'a pas affirmé la guérison, mais que l'évacuation spontanée du pus venant peut-être d'un autre point avait pu déterminer la guérison.

3. TRESILIAN. — **Les lésions de la gorge dans la dothiéniéntérie.** — Les observations qui montrent que dans la fièvre typhoïde, on peut observer des ulcérations quelquefois spécifiques de la gorge au début de cette affection, avant même que le diagnostic de dothiéniéntérie puisse être nettement posé, c'est-à-dire dans la première semaine. Ces ulcérations peuvent porter la contagion par l'air à l'entourage du malade. Le Dr Watson Williams a dans son livre cité des cas semblables.

LENNOX BROWNE. — Ces cas comportent une utile leçon pratique. Il y a vu plus d'un de ces malades envoyés à l'hôpital avec le diagnostic *diphthérie*. On peut penser d'après ce qui vient d'être dit que les complications de la fièvre typhoïde du côté de la gorge sont plus fréquentes qu'on ne l'enseigne communément.

ALFRED EDDOWES a l'habitude à l'infirmierie Salop de faire laver les dents et la gorge du malade.

4. WYATT WINGRAVE expose un cas d'**aphonie avec parésie des muscles tenseurs.** — Homme de 15 ans ayant brusquement perdu la voix pendant un mois, voix rauque, toux légère sans expectoration depuis un an. Ni dyspnée ni dysphagie, pas d'antécédents héréditaires, pas de tuberculose ni de syphilis. Apparence légè-

rement anémique, un peu d'amaigrissement. Grand fumeur, pas buveur.

A l'admission léger gonflement périaryténoïdien. Les deux cordes vocales sont un peu injectées, épaissies symétriquement à leur milieu, adduction et abduction aisées, tension très faible. Rien aux poumons, cœur dilaté, pulsations irrégulières, tumultueuses, pas d'expectoration.

Laryngite chronique probablement tuberculeuse, mais n'expliquant pas l'aphonie complète. Amélioration de l'état général par la créosote et l'iode de potassium. Persistance de l'aphonie. Electrisation faradique douce des cordes vocales, amélioration ; le malade est sorti quatre jours après.

BARK pense la laryngite suffisante pour expliquer les troubles de la phonation, et croit qu'elle était d'origine tuberculeuse.

WHISTLER est d'accord avec M. BARK, ce n'est pas là l'aspect de la syphilis secondaire ou tertiaire. L'amaigrissement plaide en faveur de la tuberculose.

LENNOX BROWNE accepte le diagnostic, il appelle l'attention sur deux points. L'aphonie purement fonctionnelle et temporairement amendée par la faradisation n'est pas rare au début de la tuberculose laryngée.

Malgré l'amélioration acquise par le malade pendant son traitement l'amaigrissement est plus prononcé que l'année précédente.

MILLIGAN. — Demande si l'examen bactériologique a été pratiqué.

WINGRAVE. — N'a pu se procurer de crachats. Il a seulement voulu montrer l'aphonie due à une faiblesse de la contraction des cordes, l'adduction restant normale.

5. WINGRAVE expose ensuite un cas de **tumeur maligne de l'œsophage et de la glande thyroïde**. Femme de 59 ans qui se présente avec une tumeur siègeant au niveau de la glande thyroïde, très dure s'étendant vers la gauche suivant les mouvements de la déglutition mais imparfaitement. Un peu de bruit trachéal, pas de paralysie de la corde vocale. Depuis un an la malade avale difficilement. A l'examen laryngoscopique la paroi postérieure du pharynx apparaît tapissée de granulations qui ont l'apparence de celles qu'on observe au pourtour des ulcères épithéliomateux. On ne pouvait passer qu'une très petite bougie dans l'œsophage. Il s'agissait donc d'un cancer de cet organe propagé à la glande thyroïde.

F. MARSH pense que les deux tumeurs cancéreuses se sont développées indépendamment. Il a observé il y a quelques années la coexistence d'un cancer de la langue avec un cancer du rectum chez le même individu. Faute de cette précaution une malade a eu une éruption impétigineuse avec ulcérations de la gorge.

MILLIGAN a vu plusieurs fois l'oreille interne infectée.

TRESILIAN. — Dans les cas rapportés les lésions n'étaient pas initiales.

LE PRÉSIDENT. — Les terribles sténoses du larynx qui résultent quelquefois de la périchondrite typhique justifient les soins de propreté de la bouche et de la gorge de ces malades.

TRESILIAN fait une allusion aux dangers de contagion par la gorge pour les gardes signalés par le Dr Watson William dans son livre. Une solution alcaline est très bonne pour les lavages.

6. PEGLER lit l'observation et montre les préparations microscopiques d'un lymphome situé derrière la cloison.

HILL a vu un cas semblable à lui adressé comme un cas de végétations adénoïdes. Woakes a dit que beaucoup de tumeurs du nez étaient de nature lymphoïde.

WYATT WINGRAVE considère les pièces présentées comme un type de tissu adénoïde ; les glandes et le tissu lymphoïde recouvrent normalement la cloison.

DUNDAS GRANT prononce son allocution : *Quelques aperçus sur les progrès de la laryngologie, de la rhinologie et de l'otologie.*

Sur la proposition du Dr MILLIGAN appuyée par le Dr BASCLAY BARON l'assemblée vote au Président ses meilleurs remerciements pour son excellente allocution.

SECTION D'OTOGIE

1. DUNDAS GRANT expose 4 cas d'opération de l'apophyse mastoïde avec résultats divers.

Maladie de l'attique traitée par l'opération radicale ; résultats d'un tamponnement insuffisant.

MILLIGAN a examiné les cas d'opérations de l'apophyse mastoïde avec le plus grand intérêt. Il demande au Président combien, d'après son expérience, il faut de temps pour obtenir une guérison complète.

Il a éprouvé aussi beaucoup de difficultés pour obtenir la cicatrisation complète du champ opératoire et considère qu'un

bon tamponnement par le méat donne de grandes chances de succès. Il fait des sutures pendant l'opération mais ne les laisse que le même temps que le premier pansement. Dans les cas de sténose il inclinerait à ouvrir la plaie en arrière et à recommencer l'opération s'il y a sur l'os et les tissus malades des granulations.

2. LE PRÉSIDENT lit au nom de M. LAMBERT LACK un cas de surdité bilatérale complète et les suites d'esquinancie. La malade, âgée de 10 ans, présente à la suite d'une scarlatine un écoulement d'oreille qui dure deux ou trois semaines, ouïe intacte.

Le 6 janvier 1890 à la suite d'un refroidissement survient une esquinancie accompagnée bientôt de surdité complète des deux oreilles ; 21 mois après elle est encore dans le même état.

3. WYATT WINGRAVE. — Tuberculose de l'oreille moyenne avec névrise optique. — Jeune fille de 25 ans, blonde, maigre, qui présente de la surdité et un écoulement des deux oreilles depuis son enfance, vue en juin 1896. Granulations dans les deux oreilles sans carie. Antécédents héréditaires nettement tuberculeux.

Le 30 août diminution rapide de la vue de l'œil droit, cécité complète quelques jours après, douleurs vives sus-orbitaires, nausées, vomissements, vertiges, frisson pendant 3 jours. La santé générale paraît bonne. Surdité plus accentuée, écoulement de l'oreille droite taré.

Le 4 septembre M. Treacher Collins diagnostique, une névrise optique. Le 6 septembre l'écoulement de l'oreille reparaît, état général bon. En octobre elle commence à lire les gros caractères.

Cette névrise optique est celle due à une méningite secondaire à l'otite, on a une gomme tuberculeuse intracranienne ; l'état général plaide contre la méningite, l'âge contre la gomme : Cependant M. Collins a souvent vu cette complication chez les enfants.

MILLIGAN demande si on a fait l'examen bactériologique et quelques inoculations expérimentales. On trouve difficilement les bacilles dans le pus bien qu'ils se rencontrent dans les granulations.

WYATT WINGRAVE a en effet examiné sans succès le pus de l'oreille par la méthode de Ziehl Neelsen, mais il a trouvé des bacilles dans les granulations par la méthode de Gram.

4. TRESILIAN montre un homme atteint d'otite suppurée chronique datant de 36 ans, causée par une scarlatine dans l'enfance. Cette observation est intéressante :

1^o Par la durée du mal sans complications cérébrales ou mastoidiennes ;

2^o Par l'emploi simultané de la glycérine et de l'alcool pour le traitement des cholestéatomes et des polypes de l'oreille. Depuis un an le malade n'a plus d'écoulement d'oreille. Il y a une perforation large et complète des deux tympans. L'ouïe est très améliorée, toute douleur a disparu ainsi que toutes chances de danger et on peut considérer le malade comme guéri d'une affection qui souvent nécessite la perforation de l'apophyse mastoïde.

L. B. REGNIER.

**ASSOCIATION DES LARYNGOLOGISTES
ET OTOLOGISTES DE L'ALLEMAGNE DE L'OUEST (1).**

Réunion du 7 novembre 1897 à Cologne.

1. HOPMANN présente une enfant de 3 ans qui lui fut amenée pour des **bruits rythmiques perceptibles** provenant de l'oreille gauche et survenus au cours d'une violente coqueluche remontant déjà à trois mois en mars dernier. Dans le calme de la nuit, on entend le bruit à une grande distance de l'enfant et dans la journée à une distance de 10 centimètres de l'oreille, ce bruit ressemble à celui d'une trompette à vapeur. On a recours au tamponnement du conduit auditif. Ce genre de bruits qu'on attribue à des anévrismes de gros vaisseaux diffère d'une seconde catégorie de bruits subjectifs plus irréguliers et plus violents qui peuvent cesser par un effort de volonté et s'arrêter pendant le sommeil. Ceux-ci proviennent d'un spasme musculaire clonique, soit du tenseur du voile du palais (Politzer), soit de l'orifice tubaire (Loewenberg Böck). Ils surviennent également à la suite de chutes sur la tête.

Discussion.

LENZMANN penche pour l'origine artérielle du bruit.

LOEWENSTEIN (Elberfeld), croit que les bruits sont une continuation de ceux des veines du cou.

(1) D'après la *Münchener Med. Woch.* 18 et 25 janvier 1898.

RÖPKE a observé un cas analogue où il s'agissait d'un anévrysme de la carotide interne.

2. KELLER. — **Contribution à l'épreuve du diapason.** — D'après un article de Masini (*Boll. delle Mal dell' Orecchio*, 1887). K. a essayé l'application du diapason sur le maxillaire inférieur, et a obtenu les résultats suivants : 1^o Si l'on applique un diapason vibrant sur la moitié du maxillaire inférieur, excepté dans la partie médiane, le son se répercute dans l'oreille du côté opposé si l'on bouche l'oreille du même côté, le son va et vient; en fermant les deux oreilles, la perception est de nouveau croisée; 2^o le son est perçu plus longtemps par l'oreille oblitérée du côté opposé que par celle du même côté; 3^o La force et la durée de perception du diapason à travers les os est plus grande sur le maxillaire inférieur que par toute autre application du diapason. — Il reste à faire des expériences à propos des épreuves de Weber et de Rinne. Mais l'application du diapason au maxillaire inférieur aidera pour l'épreuve du Rinne.

3. SCHROEDER (Hohenhonnef), montre à la place du Dr Meissen empêché, un nouvel **appareil d'inhalation** pour les médicaments liquides. L'auteur signale d'abord les avantages de l'emploi de ces remèdes dans les diverses affections des voies aériennes. Le nouvel appareil a été construit par le Dr Olberg ingénieur à Hohenhonneff et il offre de grands avantages aux malades.

4. LËWENSTEIN (Elberfeld). — Chef de gare des environs d'Elberfeld, vint trouver L. pour la première fois le 2 octobre 1893. Agé de 36 ans, il est père de douze enfants dont neuf vivants et bien portants. Jamais le malade n'a rien eu dans sa jeunesse, il a fait les campagnes de 1866 et 70. En 1861, il eut un accident de cheval, et en 1886 une paralysie des muscles oculaires qui céda au traitement ioduré. Pas de syphilis. Enrouement subit en septembre 1893 à la suite de fatigues dans le service, il avait dû en un jour grouper et appeler 1500 élèves des écoles. Malgré que son médecin lui ait prescrit des gargarismes et des inhalations, la raucité persiste.

A l'examen du malade le 2 octobre 1893, rien d'anormal du côté des poumons, pas de tuméfaction des glandes du cou. La muqueuse laryngée est normale, pas de catarrhe. Entre le tiers antérieur et moyen, à la place des nodules des chanteurs, on

voit sur la corde vocale gauche, une petite tumeur lisse blanchâtre grosse comme un pois, insérée dans le tissu de la corde et peu consistante quand on la touche avec la sonde. La motilité de la corde gauche est un peu entravée par suite de l'insertion de la tumeur. Le malade ne souffre pas. Diagnostic : tumeur bénigne. Après un traitement ioduré qui dura un mois sans rien modifier, je propose l'extirpation endolaryngée de la tumeur.

Un jour fut choisi mais le malade ne parut pas. Il se rendit à Bonn, demeura trois semaines à la Clinique interne, où l'on ne réussit pas à le guérir, puis fut soigné par le Dr Volbeding qui échoua également.

Le malade revint me voir le 22 avril 1894, l'aspect de l'affection avait changé. Toute la corde vocale gauche était violemment infiltrée, rouge, et sa surface bosselée. Souffrances à la déglutition. Rien du côté de l'oreille : Voix très enrouée. Côté droit intact.

Le malade entra à l'hôpital et le lendemain je retirai deux fragments du larynx au moyen de la pince coupante.

Un assistant, le Dr Schmid fit quelques préparations, mais les opinions divergèrent au sujet de la nature cancéreuse de la maladie.

Le 2 mai, le Dr Linkenheld pratiqua l'opération sous le chloroforme. Après une trachéotomie profonde et l'introduction d'une canule de Trendelenburg, on sépare les lames du cartilage thyroïde au milieu en les maintenant par des crochets; immédiatement la corde vocale gauche envahit le champ opératoire; excision de toutes les parties malades; cauterisation au Paquelin. La plaie est bourrée de gaze iodoformée. Pas de fièvre.

Le 3 mai, on enlève la canule tampon et on met une canule double ordinaire.

Le 4 mai, le malade avale pour la première fois une tasse de lait sans difficulté. L'après-midi on retire la canule et le malade respire librement. Température du 5 mai, 38° dans la journée et 37,2° le soir. En raison de la présence de légers râles dans la poitrine, on conseille de nouveau la position couchée de Bardenheuer déjà adoptée durant les trente-six heures qui suivirent l'opération, c'est-à-dire la tête très basse et l'extrémité du lit du côté des pieds, élevée de 20 centimètres de façon que les sécrétions s'écoulent aisément par la bouche. Huit jours après l'intervention, le 9 mai, le malade peut absorber des aliments

solides, pain, gâteau, viande. — Les cartilages thyroïdes sont très rapprochés, il reste seulement une petite ouverture dans l'angle inférieur de la plaie laissant s'échapper beaucoup de mucus, surtout la nuit. Le malade se lève et se trouve bien, il quitte l'hôpital le 16 mai.

Un fragment excisé a été examiné par Rindfleisch qui a trouvé un carcinôme certain.

Depuis l'opération, le malade se porte bien ; il a gagné quarante sept livres en trois mois et occupe toujours sa place de chef de gare.

A la suite de l'observation de ce cas j'ai parcouru mes statistiques depuis 1889 jusqu'à ce jour et sur 8 500 malades, je n'ai rencontré que 4 cancers du larynx parmi lesquels un cas que je citerai.

1^{er} novembre 1889, W. J. contre-maître âgé de 40 ans. Carcinôme étendu de la moitié gauche du larynx, originaire du sinus de Morgagni et envahissant tout le côté gauche. Tuméfaction prononcée des glandes du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et au-dessus et au-dessous de la clavicule. Avant d'opérer Linkenheld extirpe quelques glandes. Ces dernières ayant été reconnues cancéreuses, on abandonna l'opération. Le malade succomba au bout de quelques semaines.

2. 2 janvier 1894, W. L. 37 ans, aubergiste à Vohwinkel. Carcinôme de la moitié droite gros comme un œuf de poule, répandant une odeur infecte; glandes très tuméfiées. Origine douteuse. Le malade repousse l'intervention et meurt en deux mois.

3. 7 octobre 1894. M. négociant à Elberfeld, 46 ans. Au début on hésitait entre le cancer ou la pachydermie. La respiration et la déglutition étaient entravées. Hopmann vit le malade le 13 novembre et diagnostiqua un carcinôme. Trachéotomie le 8 décembre et laryngectomie totale au commencement de 1896. Mort par pneumonie le huitième jour.

4. 29 mai 1897. V. agent à Vohwinkel, vient me consulter pour de vives douleurs qu'il ressent du côté gauche en avalant. Je les attribuai d'abord à un état nerveux, mais le 22 juillet je vis des taches d'un gris blanchâtre dans l'espace inter-aryténoïdien ; le malade ayant été infecté, j'ordonnai de l'iode de potassium, mais sans résultat, l'hypertrophie des glandes du cou augmenta et il survint un œdème prononcé du premier cartilage aryténoïde qui disparut par l'ingestion de glace et le repos. Je revis le malade le 28 août et lui conseillai de voir un autre médecin et de

se faire opérer, il ne reparut plus. J'ai entendu dire qu'il était en très mauvais état ne pouvant plus manger et ayant beaucoup maigri.

Je décrirai encore un cas intéressant au point de vue de la transformation maligne des tumeurs bénignes.

Le 13 février 1895 j'opérai radicalement un fabriquant de cigares d'Elberfeld M. E. d'un papillôme de la corde vocale gauche, situé dans le tiers moyen, l'enrouement disparut, le malade se rendit à Ems où le Dr Reuter constata la guérison. Je le revis le 18 avril 1896, la tumeur n'avait pas récidivé, il ne subsistait qu'un léger catarrhe. Mais j'ai entendu dire qu'au cours de cet été, le malade avait subi une opération pour une affection laryngée maligne. Le Dr Reuter m'écrivit de Montreux qu'il se souvient parfaitement d'avoir vu en 1895 le malade en parfait état. La corde vocale était lisse, mais très rouge et un peu gênante dans ses mouvements, voix enrouée. Lorsqu'il revit le malade en 1896, il était encore bien, mais il y a quelques mois le Prof. Schmidt le lui a envoyé avec le diagnostic de cancer. On voyait sur le tiers antérieur de la corde vocale gauche une tumeur irrégulière d'un gris rougeâtre, envahissant toute la largeur de la corde et ayant l'aspect carcinomateux.

Fraenkel a décrit un cas analogue, mon malade était sans doute atteint d'un papillôme dont la base était cancéreuse.

Le malade dont j'ai rapporté l'observation est guéri depuis quatre ans environ. Il a souffert après l'opération de douleurs auriculaires attribuables à l'irradiation du rameau sensible excité du nerf laryngé supérieur sur le nerf auriculaire vague. Cet inconvénient cesse à la suite de badigeonnages à la cocaine.

Je rapporterai encore un cas.

Malade de 36 ans, bien portant dans sa jeunesse, père de neuf enfants.

A la fin d'octobre 1894, difficulté pour avaler, vint me consulter à la fin de janvier 1895. Il existait sur l'arc palato glosse gauche, près de la luette, une ulcération perforante grosse comme une pièce de 10 pfennig, à bords dentelés et recouverte d'un enduit gris blanchâtre. Croyant à la syphilis ; je donnai de l'iode ; la perforation guérit. En mars 1895, je revis le malade ; le milieu de l'arc antérieur gauche était détruit, les bords épaisse en chouleur et répandant une odeur infecte ; glandes fortement tuméfiées. Le traitement ioduré fit disparaître l'hypertrophie glandulaire, et la douleur à la déglutition cessa presque

totalelement. On examina au microscope la tumeur et on reconnaît un cancer qui a évolué en même temps que la syphilis.

Quand on reconnaît l'odeur particulière du cancer et de la syphilis du larynx, on peut s'en servir comme d'un moyen diagnostique.

Le moral du malade aide aussi au diagnostic. Les tuberculeux sont pleins d'espoir, tandis que les cancéreux sont pessimistes.

Les hommes sont atteints six fois plus souvent que les femmes de carcinôme laryngien (Sendziak), bien que les cordes vocales de celles-ci travaillent plus que celles des hommes.

Le gonflement des glandes apparaît de bonne heure dans le cancer laryngien externe, tandis qu'il vient tardivement ou fait défaut dans la forme interne.

Quant au traitement, B. Fraenkel est partisan de l'intervention endo-laryngienne par laquelle il a obtenu cinq guérisons sur 9 cas.

Nous comptons deux méthodes extra-laryngées : 1^o la laryngofissure (thyro-laryngotomie) ; 2^o la laryngectomie totale et partielle.

Les guérisons absolues, c'est-à-dire remontant à plus de trois années, sont obtenues d'après Sendziak : 1^o par la méthode endo-laryngienne, 4 cas ou 12,5 % ; 2^o par le procédé extralaryngien.

- a. par la laryngo fissure, 8 cas ou 8,7 %.
- b. Résection partielle du larynx, 10 cas ou 9 %.
- c. Résection totale, 11 cas, ou plus de 3,85 %.

On rangerait encore dans la seconde catégorie mon observation qui a fourni un excellent résultat phonétique.

Discussion.

HOPMANN fait remarquer qu'il est difficile de déterminer le moment où la tumeur bénigne devient maligne. Hirschmann vit une tumeur sous glottique grosse comme un poïs à développement rapide, qu'il prit pour un carcinôme. Schmidt et Weigert confirmèrent le diagnostic ; le malade avait 75 ans, pas d'hypertrophie des glandes. Bardenheuer fit l'opération et après la trachéotomie retira d'abord la lame droite du cartilage thyroïde et la moitié de la lame gauche la tumeur envahissant aussi l'autre côté. C'était donc l'extirpation aux trois quarts. La guérison fut rapide, le malade porte encore sa canule six mois après l'intervention mais il a repris ses occupations.

5. MOSES. — **Soudure membranuse sous-glottique.** — Jeune homme bien portant ni syphilitique, ni tuberculeux, ayant seulement la voix légèrement voilée. Au laryngoscope on voit les cordes vocales un peu rouges, la paroi postérieure du larynx est libre ; à quelques millimètres au-dessous et parallèlement aux cordes vocales, dans l'angle antérieur, on distingue une membrane tendue d'un gris jaunâtre que la sonde fait mouvoir et formant un demi cercle à peu près au-dessous du milieu des cordes vocales.

On était donc en présence, soit d'une anomie congénitale soit d'un prolapsus de la muqueuse.

6. REINHARD. — **Un cas de dents asymétriques.** — Un jeune homme de 26 ans vint me consulter en janvier 1897 pour une tumeur molle fluctuante de la voûte palatine, qu'il repoussait avec la langue, de façon à provoquer une boursoufure dans la fosse canine. En novembre 1896, il est survenu un écoulement spontané de la voûte du palais, donnant issue à du sang et du pus fétide, sans douleur ni fièvre ; à partir de ce moment l'écoulement reparut à plusieurs reprises, avec augmentation de la mauvaise odeur. Les douleurs ont été si vives qu'un médecin a dû inciser la voûte palatine pour donner issue au pus. L'écoulement ayant cessé après l'extraction de l'incisive gauche située immédiatement au-dessous de la tumeur de la fosse canine, on la soupçonna d'entretenir la suppuration. Mais on attend toujours la guérison et on a même remarqué dans ces derniers temps du coryza, de l'obstruction de la narine gauche et des maux de tête.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, je remarquai sur la voûte palatine latéralement à la ligne médiane, à gauche une perforation grosse comme une pièce de vingt pfennig à bords lisses et dont le fond était tapissé de granulations et au milieu de laquelle on distinguait un séquestre ayant 1 à 2 millimètres de large sur 1 millimètre de long, coloré en noir. A gauche, le cornet inférieur était tuméfié et toute la muqueuse nasale rougie ; par la transillumination on vit de l'ombre du côté gauche, la pupille était aussi dans l'ombre ; la ponction exploratrice de l'antre d'Highmore suivie d'irrigation ne fit pas jaillir de pus. Le sinus maxillaire gauche était également vide.

Les dents du malade étaient très bonnes. Ni syphilis, ni tuberculeuse. On essaya quand même le traitement antisyphilitique, mais sans succès ; au contraire, des parcelles d'aliments s'intro-

duisaient dans la fente palatine toujours plus grande et augmentaient les souffrances du malade en même temps l'endroit dur et noir du fond du palais devenait plus étendu et plus pointu, le bord du séquestre blanchissait et prenait la couleur de l'émail des dents. Le Dr Schultze qui soignait le malade avec moi songea à la possibilité de la présence d'une dent enclavée et l'examen censéutif lui donna raison.

On photographia la tête par les rayons Roentgen pour s'assurer si d'autres dents n'étaient pas encastrées, mais le résultat fut négatif. Sous l'anesthésie, on élargit l'ouverture palatine et on retira la dent supplémentaire, ce qui ouvrit le sinus maxillaire gauche ; le malade porta pendant longtemps un obturateur, un empyème de l'antre d'Highmore étant survenu à la suite de l'opération, mais on obtint rapidement sa guérison par des lavages ; pour fermer d'une façon durable l'ouverture palatine et la perforation sur le plancher de l'antre d'Highmore, on recourut à une plastique de la muqueuse de la voûte du palais qui fut pratiquée avec succès par le Dr Schultze, à Duisburg. Le malade est débarrassé de ses douleurs et de ses maux de tête ; son nez est normal, mais l'éclairage par transparence laisse toujours subsister objectivement et subjectivement de l'ombre à gauche ; ce qui s'explique par la modification des os et l'épanouissement très marqué de la muqueuse de l'antre.

Il s'agissait d'une dent ayant pris une fausse position.

D'après Magitot qui a introduit la dénomination d'hétérotopie, nous distinguons trois catégories d'anomalies de cette nature : 1^o Deux dents ont échangé leur place — transposition simple. — 2^o Une dent est située en dehors de l'arcade-dentaire — hétérotopie par déplacement hors de l'arcade. — 3^o Un germe dentaire s'est développé dans une courbe n'appartenant pas aux régions maxillaires — hétérotopie par genèse.

La dernière catégorie est celle que les médecins rencontrent le plus souvent, les deux premières sont surtout observées par les dentistes.

Notre cas concerne certainement une hétérotopie par genèse. La littérature contient peu d'observations de ce genre ; des germes dentaires ont été trouvés dans l'antre d'Highmore (Lang, dissertation. Tubingue 1884, etc) ; ces faits se produisent également chez les animaux.

Scheff a observé un cas où la canine supérieure était enclavée horizontalement dans la voûte palatine.

Nessel décrit également un cas d'anomalie dentaire.

Discussion.

FACKELDEY montre une dent qu'il a enlevée du nez d'une jeune femme de 18 ans ayant le type adénoidien caractéristique. Elle consulta F. en mars 1886 pour une obstruction nasale. Par la rhinoscopie, on reconnut une rhinite hypertrophique et des végétations. Après cocainisation, on distinguait à droite les végétations à travers le nez; la narine gauche était bouchée et on pouvait seulement y introduire une sonde à travers une fente étroite. L'orifice nasal inférieur était obstrué par une tumeur dure immobile. Après l'extraction des végétations et la cautérisation des gonflements hyperplasiques à droite, on sonda le côté gauche et on fit sortir des fragments de sels de chaux et d'acide phosphoriques qui firent craindre une rhinolithe. On chercha à pratiquer l'extraction avec de solides pinces, mais on ne ramena que des parcelles de sels, il fallut employer une pince dentaire droite pour retirer le noyau du plancher de la fosse nasale.

Hémorragie modérée, guérison en trois semaines, le nez est libre. C'est la canine gauche qui était déviée, à sa place, dans la bouche existait une petite lacune. Pas de fétidité nasale.

HIRSCHMANN a observé un cas analogue chez un enfant de 11 ans, qui a 4 ans, à la suite d'un traumatisme, fut atteint d'occlusion nasale; crises épileptiformes périodiques. On constata la présence d'un corps étranger formé d'une dent et de sa racine, qui comprimait le cornet inférieur et provoquait les accès.

SCHMITUISEN fait remarquer que ces cas peuvent être confondus avec les corps étrangers introduits dans le nez et rapporte une observation de racine dentaire extraite de l'oreille.

HIRSCHMANN a suivi pendant un an environ les progrès de la dent asymétrique, et dit qu'il s'agit d'un odontolithe ayant donné issue à une dent.

FACKELDEY assure que son cas concernait également une dent qui put être extraite avec une pince dentaire droite.

7. **LIEVEN** (Aix-la Chapelle), montre deux photographies de péri-chondrite syphilitique de l'aile du nez. — Dans le premier cas, il se formait souvent du pus. Toute l'aile gauche du nez a disparu et comme il existe une perforation de la cloison cartilagineuse, on peut pénétrer par le côté gauche, sans instrument, dans la fosse nasale droite.

Le second cas a évalué sans suppuration; sous l'influence du

traitement antisyphilitique on a observé une métamorphose fibroïde du cartilage qui fait que le cartilage de l'aile droite du nez forme une fourche avec l'angle ouvert à l'extérieur parallèlement au dos du nez.

L. attire l'attention sur la rareté du second cas ; et dit que le médecin ne doit pas émettre de pronostic favorable dans les affections périchondro-syphilitiques des cartilages du nez, même quand il ne survient aucune suppuration, car cet accident peut se produire après la période aiguë.

L'auteur parle brièvement des affections laryngées analogues,

Discussion.

SCHMITUISEN cite la cicatrisation fréquente des cartilages infiltrés par la syphilis ; la cicatrisation de l'intérieur du nez engendre l'ensellure.

LIEVEN croit qu'il faut d'autres accidents pour provoquer l'ensellure. Il compte trois catégories de modifications syphilitiques du nez :

a. La région de l'os nasal, son affaissement produit l'ensellure.

b. Le point où le cartilage s'attache à la partie osseuse du nez.

Dans ce cas, la formation du tissu cicatriciel donne lieu au nez en lorgnette (Fournier). La portion cartilagineuse pénètre en partie dans la région osseuse voisine, comme le tube mince d'une lorgnette rentre dans le plus gros.

c. Enfin la région cartilagineuse et cutanée du nez dont il est question ici.

LENZMANN rappelle les modifications cartilagineuses non nasales syphilitiques et les perforations de la cloison qui en résultent.

LIEVEN. — L'ulcère perforant survient aussi au cours du diabète et de la xanthose de la muqueuse.

SCHMITUISEN. — La syphilis apparaît également sur les portions osseuses du nez.

On rencontre des perforations non spécifiques de la cloison chez des ouvriers travaillant dans des fabriques de couleurs, de chaux et de ciment, elles s'agrandissent lentement de sorte qu'on peut suivre leur évolution et leur accroissement se produit surtout d'en arrière en avant.

LEWENSTEIN (Elberfeld) a vu souvent des perforations du septum chez des ouvriers fabriquant de l'acide chromique, elles ve-

naient de ce qu'ayant leurs ongles chargés d'agents chimiques, ils se les introduisaient dans le nez.

HOPMANN dit que fréquemment la perforation de la cloison, survient d'emblée. Dans ce cas, il s'agit de l'oblitération d'une petite artère ; le point où la perforation se produit étant très mince, il y a une grande tendance à la nécrose.

STIEL a remarqué que beaucoup d'ouvriers travaillant dans les produits chimiques étaient affectés de perforation. Grünwald attribue ces dernières à des hématomes survenus à la suite des traumatismes d'où résultent des accidents du côté des cartilages ; aussi conseillera-t-on d'inciser l'hématome.

8. ROPKE. — I. Contribution à la casuistique de l'ostéomyélite aigüe du maxillaire supérieur chez les nourrissons. — Après avoir signalé 4 cas consignés dans la littérature, R rapporte deux observations personnelles.

1. Enfant de quatorze jours, bien portant, né de parents sains, est atteint de fièvre et de suppuration de la narine gauche. La moitié gauche du visage est tuméfiée, œdème des paupières du même côté. Le pus fait issue sur la voûte palatine et dans la canine, plus tard on ouvre un abcès de la paroi inférieure de l'orbite. À travers la fistule agrandie de la fosse canine, on voit les couronnes dentaires de la canine et d'une molaire ; nécrose de la paroi antérieure du maxillaire supérieur, de la paroi orbitaire inférieure et du processus frontal.

Tamponnement de la plaie. Au bout de huit jours, catarrhe vésical suivi de broncho-pneumonie. Mort.

2. Garçon de sept mois, né de parents bien portants, en bonne santé, est affecté d'un gonflement de la moitié gauche du visage accompagné de fièvre ; suppuration de la fosse nasale gauche ; l'œil gauche est tuméfié. Le pus envahit la fosse canine, mais on l'évacue sans anesthésie. La plaie est tous les jours lavée et tamponnée, on recueille des séquestres de diverses dimensions. La fistule de la fosse canine subsiste encore au bout de neuf mois, de temps à autre des séquestres en sortent. Le gonflement de la moitié gauche du visage a diminué. L'enfant a très bonne mine.

Avec SCHMIEGELOW, l'auteur est d'avis que l'infection vient du nez. On attendra pour indiquer un traitement que le foyer soit dégagé. Plus les enfants sont jeunes et plus le pronostic est défavorable.

II. Un cas de suppuration des sinus frontaux pénétrant dans l'orbite et dans la fosse crânienne antérieure. — Depuis quatre ans, maux de tête au-dessus de l'œil droit, tentatives réitérées d'extraction de polypes du nez. En juillet dernier, la malade vient consulter pour des souffrances intolérables dans la région de l'œil droit, perte du sommeil et vomissements. A l'examen, on voit des polypes du nez à droite, carie et suppuration de l'os sphénoïdal, suppuration du sinus frontal droit, ralentissement du pouls (50-54), vive sensibilité de la région frontale droite et du bulbe, langue sèche et chargée, pas de fièvre.

Ouverture du sinus frontal suppurant très étendu (diamètre vertical, 7 centimètres, horizontal, 4 centimètres et demi). Perforation de la paroi interne qui donne issue à du pus et à des granulations, sitôt leur enlèvement on pénètre dans l'orbite avec la sonde. On perfore la plus grande partie de la paroi antérieure, ouverture large du sinus sphénoïdal et extraction de la muqueuse malade et épaisse du sinus frontal. Actuellement le malade est remis.

HOPMANN a observé aussi un cas favorable.

LEWENSTEIN a vu la malade de Röpke trois jours avant l'opération ; on ne voyait pas de pus, mais la malade se plaignait de douleurs névralgiques.

9. LITTAUR et MENSING (Düren). — **Un cas d'otite moyenne suivi de thrombose des sinus Thrombo-phlébite de la jugulaire, de la veine faciale, phlegmon de l'orbite.** — Au cours d'une suppuration non soignée de l'oreille moyenne datant de huit ans, frisson subit, violents maux d'oreille et vomissements. Perforation mastoïdienne qui n'est pas suivie d'amélioration. Sensation de pression du côté de la jugulaire et léger ictère : ensuite après la double ligature de la jugulaire entre les extrémités du sterno-cléido-mastoïdien, dégagement du sinus transverse ouverture et extraction d'un thrombus purulent, tamponnement à la gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, retour des accidents. On dégage la jugulaire qui laisse échapper du pus fétide. Deux jours après, tuméfaction de la région sous-maxillaire se prolongeant le long de la veine faciale jusqu'à l'angle naso-oculaire. Ce gonflement fut considéré comme une phlébite septique de la veine faciale. Les tentatives pour enrayer la marche de la maladie par des incisions allant jusqu'aux os n'eurent qu'un effet local, mais ne purent enrayer la propagation de la suppuration à l'orbite.

A la suite de l'infection orbitaire, œdème des deux paupières,

protrusio bulbi et chemosis ; incisions profondes dans la périphérie supérieure et inférieure de l'orbite, abondante issue de pus, introduction de deux drains longs de 5 centimètres. Tandis que le gonflement diminuait et que les plaies guérissaient, survint un abcès de la fosse sphéno-maxillaire qui fut également soigné par l'incision et le drainage.

Le malade était très affaibli, mais il semblait au trente-deuxième jour de la maladie reprendre des forces, lorsque subitement le quarante-et-unième-jour survinrent des accidents cérébraux graves avec délire et surdité verbale. Mort le quarante-deuxième jour.

L'autopsie fut refusée.

10. STIEL. — Sur les rapports entre les affections nasales et oculaires. — On peut les classer en trois catégories.

1. Les maladies du nez donnent lieu à des troubles oculaires réflexes, épiophora, photophobie, scotome, migraine ophthalmique et surtout asthénopie.

2. Il existe des relations internes entre le nez et l'œil par la communication directe du sac conjonctival et du nez à travers le canal lacrymal. Ce dernier s'ouvre dans le méat inférieur et est revêtu d'un tissu sous muqueux caverneux, ressemblant à celui des hypertrophies nasales et au périoste. Dans les inflammations nasales, l'hypertrophie des cornets inférieurs, les ulcéractions, le tissu caverneux du canal lacrymal gonfle aussi, il s'ensuit une sténose et la stagnation des larmes dans le sac lacrymal. Alors les bactéries se multiplient et on observe une inflammation des parois du sac lacrymal.

3. Des rapports existent entre le nez et le contenu orbitaire, les sinus du nez entourent l'orbite et leurs inflammations étant donné la minceur des parois peuvent envahir facilement l'orbite. On a souvent remarqué que l'abcès orbital était secondaire à une sinusite.

Discussion.

HIRSCHMANN dit que Nieden, Ziem et Bresgen ont été les premiers à signaler les relations naso-oculaires. Les affections réflexes sont très fréquentes ; l'asthénopie disparaît par l'ablation des végétations adénoïdes.

L'orifice inférieur du canal lacrymal se trouve souvent éloigné de 2 centimètres et demi ou 3 centimètres de la fosse canine c'est-à-dire au voisinage du milieu du cornet inférieur.

H. cite 4 cas d'hémianopsie bitemporale due à une affection sphénoidale. Il s'agissait d'une exostose. Le malade succomba, mais on ne put faire l'autopsie.

SCHMITHUISEN est partisan du sondage des sinus frontaux. Chez les syphilitiques, l'ouverture est souvent si grande qu'on peut retirer des granulations au travers.

MOLL conseille la prudence dans le sondage des sinus frontaux.

SCHMITHUISEN recommande d'introduire la sonde latéralement par le cornet moyen pour pénétrer aisément dans l'orifice.

HOPMANN dit qu'à l'exception des cas cités par Schmithuisen, il est plus facile de sonder à travers des canaux larges et courts, mais toujours avec précaution. H. rappelle que beaucoup d'affections du canal naso-lacrymal, de conjonctivites phlycténeuses sont soignées par les oculistes sans succès parce qu'on ignore leur origine nasale ; souvent l'introduction de tampons d'ouate dans le nez ou l'extraction des végétations adénoïdes suffit à guérir ces malades.

Un cas de maladie de Basedow guérit par l'ablation d'un petit polype nasal et le traitement d'un catarrhe nasal atrophique.

STIEL en essayant de sonder le sinus frontal, lésa le labyrinthe sphénoidal.

HIRSCHMANN fait remarquer à propos des rapports entre l'œil et le nez que leurs appareils de circulation ont bien des points communs.

LIEVEN rapporte un cas de synéchie des cornets inférieurs et de la cloison nasale avec névrose ciliaire et vives douleurs bulbares ; le toucher de la synéchie provoquait des quintes de toux effrayantes. Tout disparut avec la synéchie.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

Séance du 10 novembre 1897.

Président : HENRI BUTLIN.

I. J. B. BALL. — Cas de fibro-sarcome de la cloison du nez. — Femme de 25 ans, vue le 14^e août 1897. Epistaxis trois ou quatre mois auparavant, obstruction progressive de la narine gauche, puis de la droite. Pas de douleurs.

Chaque narine est bouchée par une masse unie, rose, remplissant la partie supérieure du vestibule attachée sur le cartilage de la cloison. Choanes postérieures libres.

L'examen microscopique révèle un fibro sarcome le 24 août, la tumeur a été enlevée par M. Luvin Edwards. L'aile gauche du nez a été détachée, la tumeur et une partie du cartilage enlevés. Elle avait le volume d'une noisette avec un sillon au niveau de son insertion sur le cartilage.

2. MORLEY AGAR montre un malade auquel il a enlevé une **tumeur de la partie postérieure du dos de la langue**. L'opération fut facile, peu d'hémorragie. La tumeur avait paru se développer en une semaine.

BUTLIN pense qu'il s'agit d'un fibro-sarcome. Le spécimen sera montré au comité des tumeurs.

3. W. G. SPENCER — Destruction d'une vieille adhérence du voile du palais au pharynx. — Femme mûre atteinte de syphilis tertiaire qui avait déterminé une adhérence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx ; d'où douleurs dans les oreilles et les apophyses mastoïdes et accumulation de pus qui sortait mal par le nez. Le traitement spécifique ne donna que des maigres résultats, si bien que l'état général physique et psychique devient mauvais.

L'opération consista en une incision à l'union du voile du palais et du pharynx qui découvrit un tissu fibreux dense, qui fut cureté par la bouche et par le nez. Le voile du palais fut ensuite attiré en avant et fixé par des sutures au fil de soie à la partie muropériostée du palais. Légère hémorragie pendant et après l'opération qui dura jusqu'au lendemain. Les sutures furent retirées au bout d'une semaine. La malade n'a plus de douleurs d'oreille, respire facilement et se porte bien.

On croit généralement que ces adhésions ne peuvent être combattues, l'orateur montre cette malade pour prouver que dans certaines conditions on peut espérer le succès.

On n'a pas proposé jusqu'ici d'opération meilleure.

DE SANTI félicite M. SPENCER de cet excellent résultat et compte essayer son procédé sur un malade.

4. WILLIAM HILL. — Papillome de l'amygdale. — Ce cas n'a d'intérêt que parce qu'il est survenu chez une femme d'un certain âge.

WINGRAVE et WAGGET rapportent des cas analogues.

FELIX SEMON pense qu'il serait intéressant de communiquer tous ces cas, car il est surpris que les membres de la Société en aient tant vu et croyait comme tout le monde que les tumeurs bénignes de l'amygdale n'existent pas.

BUTLIN, JOBSON HORNE et MACLEOD YEARSLEY citent successivement plusieurs exemples de ces tumeurs.

5. WILLIAM HILL. — **Lupus du larynx**. — Malade de 13 ans, montré l'année dernière avec un lupus du bout du nez et du palais. Après vingt séances de grattage et de cautérisation, elle guérit, l'épiglotte était alors intacte (août 97).

Depuis six semaines elle tousser ; l'épiglotte, auparavant pâle, épaisse, infiltrée, est maintenant rouge irrégulière, à surface granuleuse, ce qui est l'aspect du lupus. Elle en a également sur la face et au pied gauche.

DUNDAS GRANT pense que c'est un lupus du larynx.

BEALE a vu beaucoup de ces cas, l'épiglotte n'étant pas ulcérée, il n'y touche pas.

HILL propose d'essayer la nouvelle tuberculine.

6. JOBSON HORNE. — **Kyste de l'épiglotte**. — Malade de 36 ans, toussé et maigrît. On diagnostique une tuberculose pulmonaire, coïncidant avec une tuberculose laryngée et un kyste de l'épiglotte. Ce dernier avait l'apparence d'une petite grappe tendue, légèrement translucide, couverte de vaisseaux, insérée à mi-hauteur de l'épiglotte, par une large base. Le kyste fut enlevé avec une anse, il contenait un peu de liquide aqueux. La dysphagie qui durait depuis six mois disparut aussitôt.

M. CRESWELL BABER cite comme exemple le cas d'un enfant de cinq mois chez lequel un kyste probablement congénital de l'épiglotte provoquait de la dyspnée qui disparut lorsque le kyste eut été écrasé.

7. SCANES SPICER. — **Paralysie de la corde vocale droite, de la moitié droite du voile du palais et du pharynx, probablement due à une lésion nerveuse**. — Forgeron de 72 ans, bien portant jusqu'à Noël 1896. Après un refroidissement, pris de toux et de difficulté de déglutition.

L'examen montre une paralysie de la corde vocale droite, une légère parésie du voile du palais, et une anesthésie de la paroi droite du pharynx. Langue, sterno-mastoïdien et trapèze indemnes.

Il s'agit probablement d'une lésion comprimant les racines du nerf vague et accessoire du spinal, peut-être d'une pachymeningite péribulbaire ou d'une dégénérescence des cellules nerveuses bulbaires ou spinales.

Il nie tout antécédent spécifique et ne présente pas de traces de syphilis. Il a pris pendant trois mois de l'iode du potassium sans résultat.

HALL. — L'aspect local doit être dû à une affection inflammatoire.

SIR FELIX SEMON trouve que l'aspect du voile du palais est presque normal, mais le Dr GRANT trouve la paralysie bien marquée, c'est également l'avis du Dr SAINT-CLAIR THOMSON et remarque que le Dr Huglings Jackson a observé que dans l'hémiparésie du voile du palais, pendant la phonation, le côté paralysé demeure relâché et le raphé se trouve entraîné du côté sain.

SCAMES SPICER réplique que depuis son dernier examen l'état du voile du palais s'est modifié et que les deux piliers se relèvent maintenant également.

8. HERBERT TILLEY. — *Laryngite chronique hypertrophique simulant une tumeur maligne.* — Homme de 38 ans, enroué depuis six mois n'a ni dysphagie, ni amaigrissement. Astmatique. La corde vocale droite est à peu près immobile, pâle, laiteuse, épaisse dans toute sa longueur, mais surtout vers la commissure antérieure. Ganglions épaisse dans le triangle maxillaire droit.

SIR FELIX SEMON qui a vu ce malade en consultation avec le Dr Herbert Tilley il y a quinze jours pense actuellement, l'aspect du larynx s'étant modifié, qu'il s'agit d'une tumeur maligne.

BRONNER demande qu'on préleve un petit fragment pour l'examen, le Dr Dundas Grant demande si on fait l'examen bactériologique des crachats.

HERBERT TILLEY ne croit pas à la tuberculose qui va rarement avec l'asthme ; il serait difficile d'examiner les crachats réduits à quelques mucosités que le malade expectore quand il a respiré « sa poudre ». Il penche pour le diagnostic de tumeur maligne.

9. WYATT WINGRAVE. — *Kyste thyrohyoidien.* — Petite fille de 5 ans qui se plaignait d'abord de violente douleur du cou. Agée de quelques mois elle eut au-dessous du menton une petite tumeur qu'il y a quelques mois devint rouge et douloureuse et fut ouverte par son médecin. On voit une petite fistule

sur la ligne médiane du cou au niveau du corps thyroïde, suivant les mouvements de la déglutition et d'où suinte une matière purulente constituée par des cellules épithéliales dégénérées. Ces signes firent diagnostiquer un kyste du canal thyroïdiens. L'examen microscopique confirme ce diagnostic.

BUTLIN a enlevé deux ou trois de ces kystes avec leurs canaux, pour le dernier il a dû aller jusqu'à la base de la langue, car il était situé sur l'os hyoïde.

WALSHAM et STEWART rapportent des cas semblables.

10. PEGLER. — **Cas de nécrose du cornet inférieur à la suite d'un traumatisme.** — M^e A., vue en juin 1897, se plaint d'écoulement et d'obstruction du nez survenus à la suite d'un choc violent dans lequel cet organe fut brisé. Il y a actuellement une légère incurvation du nez à droite. Le méat gauche est plein de granulations baignant dans le pus. On n'a pu faire que peu de chose, la malade refusant l'anesthésie.

CRESWELL BABER pense que le corps rugueux qu'on voit sur la narine gauche est un os nécrosé, une rhinolithe ou un corps étranger, on devrait l'enlever à la pince.

WALSHAM croit que ce serait facile.

SAIN-CLAIR THOMSON croit que l'affection est antérieure au traumatisme et il faut penser avec WALSHAM et Tissier que la nécrose du cornet est d'origine syphilitique ; il faudrait donc chercher les antécédents spécifiques.

PEGLER. — Ce cas ne peut être considéré comme de la syphilis, l'aspect est tout différent. La femme, très intelligente, a nettement indiqué les rapports de sa maladie avec l'accident, il n'y a aucune raison pour penser à une rhinolithe.

11. PEGLER. — **Affection de la corde vocale droite.** — Il y a six mois besoin fréquent de cracher et toux mauvaise. Perte graduelle et définitive de la voix. Cette femme a eu sept enfants à terme, la huitième grossesse s'est terminée par une fausse couche. Pas de douleur dans la gorge.

On voit sur le tiers antérieur de la corde vocale une tumeur épaisse, rouge conique, masquant toute la corde. La corde vocale gauche est très rouge. Les cartilages arytenoïdes sont mobiles, il n'y a pas d'infiltration des tissus du larynx.

MM. BUTLIN et FÉLIX SEMON demandent qu'on enlève un morceau de la tumeur pour l'examiner, le Dr PEGLER dit qu'il ne peut se prononcer entre le diagnostic de tumeur maligne et celui de

syphilis. Le Dr WHISTLER a penché pour ce dernier. On essaiera l'effet du traitement spécifique.

12. WORTHINGTON. — **Prolapsus du ventricule de Morgagni.** — Le malade avait à son entrée à l'hôpital une vive dyspnée et un œdème de l'épiglotte cachant la petite tumeur qu'on voit actuellement.

SAINTE-CLAIR THOMSON rappelle que Koschier a publié une note établissant que ces prolapsus sont causés par de petites tumeurs kystiques ou fibromateuses de la paroi de ce ventricule qu'ils repoussent. Mais dans le cas actuel la paroi est *in situ*.

13. LAURENCE. — **Tuberculose précoce du larynx.** — Femme de 22 ans, sans tuberculeuse. Elle a perdu la voix, il y a vingt ans, par suite de rhinite atrophique avec pharyngite et laryngite. Elle guérit presque par un traitement général tonique. Elle n'a plus que l'aphonie. Les cordes vocales se meuvent mal, et il y a une infiltration rouge de l'espace intérieur laryngé. Râles sous-crépitants, diminution de l'amplitude respiratoire au sommet droit.

Il s'agit d'une laryngite tuberculeuse précoce.

BEALE et M. SANTI, disent que la tuberculose n'a rien d'évident et qu'il s'agit probablement de laryngite chronique secondaire.

L. R. RECNIER.

ACADEMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE⁽¹⁾.

Séance du 24 novembre 1897.

Président : J. W. GLEITSMANN.

Secrétaire : T. P. BERENS.

1. E. MAVER. — **Lupus primitif du larynx.** — L. F. âgé de 32 ans, vint se faire soigner en juillet 1896. Les antécédents sont bons et il s'est bien porté jusqu'à l'an dernier où il a eu une hémoptysie. Du 10 au 23 juillet, il eut plusieurs hémorragies quotidiennes.

(1) D'après le *Laryngoscope*, janvier et février 1898.

Seule l'épiglotte offrait des modifications pathologiques. Il existait au centre de l'épiglotte une ulcération s'étendant sur toute la face laryngée. Les bords de l'ulcération sont granuleux, recouverts d'un dépôt gris blanchâtre, on remarque quelques petits nodules sur le bord libre, l'ensemble a une apparence rongée. La largeur du bord supérieur est d'environ huit millimètres. Au fond de la surface ulcérée se trouve une érosion ressemblant à la bouche ouverte d'un vaisseau. La muqueuse du bord supérieur de l'épiglotte est tuméfiée. Pas d'autre anomalie laryngienne. La voix est claire, pas de dysphagie, ni tuberculose, ni syphilis. Les hémorragies cédèrent au traitement et le malade cessa de venir le 8 août 1896.

En septembre, il recommença à tousser, l'examen microscopique révéla la présence de nombreux bacilles.

Cette observation a déjà été rapportée en mai 1895 devant l'*Association laryngologique américaine*.

2. T. P. BERENS. — **Spécimens de calculs salivaires.** — Un abcès fut incisé par A. Shunk et en même temps que le pus donna issue à un volumineux calcul pesant 49 grains. On ignore s'il provenait des conduits sous-maxillaires ou sous-linguaux.

Un autre calcul plus petit ne pesait que trois grains. Il fut reconnu avec la sonde et extrait du conduit sous-maxillaire.

3. W. F. CHAPPELL. — **Nouvelle canule trachéale.** — La canule externe s'étend de la surface cutanée de l'ouverture des parties molles à la paroi antérieure de la trachée. Un collier entoure le tube et reste sur la peau. L'extrémité externe de cette canule est garnie de fil mâle. La canule interne est en partie un tube, en partie en fils métalliques. La portion tubulaire cesse à la paroi trachéale antérieure, et le treillage pénètre à l'intérieur de la trachée. La longueur de ce treillage dépend du diamètre antéro-postérieur de la trachée. L'extrémité interne de la canule est munie d'une capsule en forme de soucoupe ayant une surface lisse vers la membrane de la paroi postérieure de la trachée. Pour éviter la pression sur la paroi trachéale postérieure, l'extrémité externe de la canule interne est adaptée à un écrou mobile par un fil femelle s'ajustant au fil mâle de la canule externe. De cette manière, la canule interne peut être rallongée ou raccourcie selon le diamètre de la trachée et prévenir ainsi toute pression.

Myles est satisfait d'avoir vu cet instrument, car il a toujours

eu du mal à installer d'une façon permanente les canules trachéales.

Chez les malades ayant un cou très court, le cartilage cricoïde est près du sternum et il est difficile d'introduire convenablement une canule. L'auteur relate un accident arrivé avec un tube articulé en patte de homard ; tandis que la garde le lavait il tomba en morceaux. Si ce fait s'était produit lorsque le tube était dans la trachée, le malade aurait été blessé.

SIMPSON a vu l'été dernier un enfant auquel l'année précédente on avait fait la trachéotomie pour des papillômes laryngiens. A l'examen, on trouva le larynx rempli de papillômes. En retirant la canule, on vit une énorme masse papillaire autour de l'orifice trachéal et remplissant aussi la trachée à l'extrémité inférieure de la canule, démontrant ainsi les inconvénients de la pression du tube. On pratiqua la thyrotomie pour extraire les masses. L'enfant succomba à une pneumonie septique.

La canule de Chappell rendra de grands services au point de vue de la respiration, la canule pouvant à volonté être raccourcie ou allongée.

4. W. FREUDENTHAL. — *Influence climatérique des Etats américains du Sud-Ouest sur les affections de l'appareil respiratoire.* — F. craint que dans la tuberculose des voies respiratoires supérieures, les résultats extraordinaires obtenus par les interventions locales fassent négliger les mesures constitutionnelles parmi lesquelles figure au premier rang le traitement climatérique.

Les hautes altitudes sont un stimulant pour la plupart des fonctions du corps ; elles redonnent de la vigueur, mais il faut que le malade offre une certaine résistance pour en tirer profit ; et ceci est vrai surtout pour les Montagnes Rocheuses. Un malade à bout de forces serait perdu si on le transplantait d'un intérieur confortable de New-York dans une maison meublée de New-Mexico. Pour se bien porter il faut qu'il puisse renoncer à ses habitudes citadines et chercher simplement dans la maison un abri contre le soleil ; il doit dormir, manger et vivre en plein air.

La maladie qui s'améliore le mieux sous l'influence du climat est la tuberculose. L'auteur est d'avis que dans certaines parties de ces montagnes, l'air est non seulement aseptique, mais aussi antisепtique, il ne se décompose pas. Il faut qu'une grande quantité d'air pénètre dans les poumons.

Beaucoup d'auteurs américains croient que l'air de la mer est malsain pour les phthisiques, Freudenthal n'adopte pas cette manière de voir ; au contraire, il voit que certains tuberculeux affectés de catarrhe sec ou atrophique des voies respiratoires bénéficient de l'air marin. En tout cas le brouillard est mauvais.

Avec Senator, F. dit que des sanatoriums flottants réussiraient pour certaines tuberculoses. Ziemssen est partisan des cures de montagnes, Leyden de même. Gerhardt trouve que seul l'air pur est nécessaire aux phthisiques. Aux Etats-Unis beaucoup de malades ne pouvant supporter le séjour au bord de la mer, s'améliorent dans les montagnes.

L'auteur ne comprend pas que des hommes d'expériences puissent envoyer des malades passer l'hiver à Davos où souvent la température descend au-dessous de zéro. Les malades peuvent rester à l'air dix heures par jour, mais il ne voit pas pourquoi on préfère ce climat artificiel aux régions chaudes et ensoleillées de l'Amérique.

Les cures d'altitude ne nuisent pas aux tuberculeux du larynx, mais elles ne les guérissent pas.

F. cite deux cas d'empyèmes des fosses nasales améliorés par un séjour à Arizona.

Fréquemment, nombre de malades ayant passé l'hiver sous un climat doux du sud ou de l'ouest, rentrent à New-York au printemps. Cela ne devrait pas être, car le voyage est long et fatigant et un malade incomplètement guéri retombe en arrivant. Aussi faudrait-il trouver des stations voisines où les malades puissent passer les mois d'été.

L'auteur décrit les villes qu'il a visitées : Las Vegas, Hot Springs, Santa-Fé, Albuquerque, Rincon, Hatch, Colorado Deming, Hudson Hot Springs, Silver City, Las Cruces, Organ Mountains, Van Patten's Camp, La Mesilla, El Paso, Solomonville, Safford, Tucson, Oracle, Phœnix, Flagstaff, Ogden, Salt Lake City.

Pour les malades affectés de troubles des organes respiratoires, il préfère les petites villes, celles de 40 000 habitants lui semblent trop importantes pour un sanatorium, on ne devrait pas dépasser 3 000 habitants. Le mieux serait de choisir un endroit inhabité.

Discussion.

J. O. TANSLEY dit que le choix d'une station est souvent très délicat. Il rapporte le cas d'un négociant qui vint le trouver, après avoir, sur le conseil d'un médecin distingué, passé quelque temps aux Bermudes, dont il ne put supporter l'atmosphère. T. l'envoya vers Noël à Monticello dont il revint très amélioré au printemps. Actuellement, il a toutes les apparences de la santé.

T. est d'avis qu'il ne faut pas dépasser 6 000 pieds d'altitude et qu'il vaut mieux s'en tenir à 2 000 pieds. Il trouve comme Freudenthal que la pharyngite sèche ne s'améliore guère par le séjour des montagnes.

La femme de l'auteur atteinte d'otite avec destruction des osselets, avait perdu tout espoir de restauration du tympan. Elle fit un voyage de Californie à Portland par Yellowstone Park et revint avec le tympan cicatrisé et la cavité ramenée à des dimensions plus normales.

MAYER félicite Freudenthal de son travail basé sur des observations personnelles. Il est important que le médecin connaisse la station où il envoie ses malades. M. a visité une région montagneuse habitée annuellement par plusieurs centaines de malades, qui occupent des maisons trop voisines les unes des autres et habitent des chambres que d'autres malades viennent de quitter ; il serait préférable qu'ils restassent chez eux. Il vaudrait mieux les faire camper sous des tentes ou des bâtiments sommaires absolument neufs n'offrant aucun danger d'infection.

MYLES a observé des améliorations à la suite de séjours à Phoenix et à Arizona.

S. A. KNOPF doute de l'influence curative de l'atmosphère. Il croit qu'elle peut être aseptique mais non antiseptique.

Les malades pauvres bénéficient toujours du travail en plein air.

Dans les environs de New-York se trouve une altitude de 1 200 pieds protégée des vents froids et qui donnerait d'excellents résultats. Il est indispensable que le malade fasse son traitement sous la surveillance constante du médecin.

GLEITSMANN dit qu'il a dépensé les meilleures années de son existence à étudier la tuberculose ; il s'y est adonné exclusivement de 1875 à 1881. G. rapporte le cas d'un malade désespéré qui revint guéri après avoir passé une année dans le Sud.

Le choix d'une station est difficile. On n'estime pas toujours

exactement le degré d'humidité. Aux Etats-Unis on le compte en grains et en France en grammes. L'humidité est moindre dans les montagnes.

Cannes est humide. Dallas réussit à certains malades. G. ne partage pas l'avis de Freudenthal au sujet des avantages du sanatorium qui doit être surveillé scientifiquement. En Europe, un médecin y est toujours attaché.

FREUDENTHAL dit que les malades supportent bien les altitudes, mais que les hémorragies sont à craindre. Il a beaucoup entendu vanter la Jamaïque. F. est partisan d'un sanatorium bien dirigé et pas trop éloigné de la ville. Au moins 5 000 malades devraient quitter New-York chaque année, car l'air leur est très nécessaire.

Séance de décembre 1897.

Président : J. W. GLEITSMANN.

Secrétaire : T. P. BERENS.

1. R. C. MYLES présente un enfant qu'il a opéré d'une déviation de la cloison par la méthode en U. de Gleason. Il y a deux mois, lorsque le malade vint pour la première fois à la clinique l'air ne circulait pas à travers la narine. Opération en U. de Gleason. Après avoir scié la cloison, M. a ménagé un espace comme celui qui forme le milieu de la lettre U. La muqueuse de la partie convexe était en contact avec la surface sectionnée le long de l'épine nasale du maxillaire supérieur, et la muqueuse unie à la surface coupée sans avoir été absorbée. Depuis l'opération, la respiration est absolument normale. Cette intervention très simple donne d'excellents résultats dans les cas de ce genre.

2. F. J. QUINLAN espérait montrer un malade affecté de mycose pharyngo-laryngée typique ; mais il l'a perdu de vue ; toutefois il pense pouvoir le présenter à la prochaine réunion.

3. D. BRYSON DELAVAN présente des aiguilles électriques perfectionnées.

4. J. W. GLEITSMANN fait la démonstration des derniers instruments autoscopiques de Kirstein qu'il a vu employer par leur inventeur l'été dernier.

5. GLEITSMANN montre aussi un autre instrument présenté à Moscou par Teube et destiné aux **applications laryngiennes de nitrate d'argent**. On coule du nitrate d'argent à l'extrémité de l'instrument qui est rempli d'une solution de chlorure de sodium ; après l'application du nitrate d'argent on injecte le chlorure de sodium qui neutralise l'action du nitrate. L'instrument a été construit à Berlin.

6. R. C. MYLES présente une pièce anatomique figurant la **relation des artères carotide et pharyngée ascendante avec les amygdales**. On a pratiqué de chaque côté une section à travers la paroi bucco-pharyngée postéro-latérale et un fil a été placé autour de l'artère. Ainsi on a vu que normalement l'artère était située à une distance d'un huitième de pouce à un quart de pouce en arrière de la portion du palais que l'on choisit d'habitude pour inciser les abcès péri-amygdaux. L'amygdale fut disséquée depuis la capsule de la base et fut trouvée toujours attachée à la partie inférieure de son réceptacle ; on vit un espace péritonsillaire dans lequel le pus s'accumulait.

Les vaisseaux ont été injectés avec une mixture d'huile de lin, de blanc d'Espagne et de carmin.

7. R. C. MYLES. — **Affections basiliaires et basi-latérales des amygdales et instruments modifiés pour leur traitement.** — M. envisage d'abord l'hypertrophie tonsillaire, s'étendant au dehors et latéralement aux tissus du cou, du pharynx buccal et du voile palatin, qui se distingue des cas où les amygdales envahissent l'espace pharyngien libre et sont plus ou moins pédonculées.

On attachera une grande importance à l'anatomie des amygdales, leur structure et leurs relations avec les vaisseaux sanguins et les tissus environnants. Elles appartiennent d'ordinaire au système lymphatique ; la muqueuse et l'épithélium de la bouche et de la gorge plongeant dans les cryptes de la glande et les remplissant. Delavan à, le premier, signalé la ténuité de l'épithélium de la base des glandes et la facilité de propagation d'une infection généralisée aux parties environnantes.

Nous ne nous arrêterons pas sur la physiologie et les fonctions des amygdales qui ne reposent sur aucune base scientifique.

L'hypertrophie tonsillaire a donné lieu à de nombreuses discussions. Chez certains individus le tissu lymphatique tend à

s'hypertrophier. Parfois l'hypertrophie est localisée au sommet ou à la base, mais dans certains cas elle apparaît aux deux extrémités. La théorie rhumatismale a été mise en avant par certains auteurs. A mon avis, le tissu tonsillaire s'hypertrophie à la suite d'inflammations répétées et d'une disposition individuelle à l'hypertrophie adénoidienne. Les fonctions des glandes sont perverties par la pression mécanique et forment un nid favorable à l'élosion des bactéries; nous trouvons dans les hypertrophies de la base du pus et des sécrétions.

Naturellement, j'ai surtout en vue l'hypertrophie basilaire ou latérale de l'amygdale qui s'étend à la cavité pharyngienne.

Les signes de l'hypertrophie basilaire sont: une toux pharyngée particulière; de la difficulté à avaler; des douleurs auriculaires; rougeur et sensibilité des piliers et parfois un écoulement casseux,

Pour m'assurer du diagnostic, j'introduis une petite cuvette dans une crypte de l'amygdale. Lorsque celle-ci est située au fond de la cavité, entre les piliers, il faut ramener en avant le pilier antérieur à l'aide d'un crochet. Cette manœuvre fait bailler le malade et l'on voit distinctement la surface des cryptes.

Comme traitement, je dissèque partiellement avant d'extraire la glande. Je me suis servi pendant quelque temps du cautère électrique, mais pas toujours avec succès. Plus tard, j'ai employé diverses curettes; des serre-nœuds électriques, l'anse froide et le couteau. Ordinairement, cette thérapeutique réussit dans certains cas, mais comme la cautérisation provoque l'inflammation de la capsule et des piliers j'ai recours à l'emploi de petits couteaux pour la dissection du tissu lymphoïde. J'opère de la manière suivante :

La langue étant abaissée par le malade ou un aide, l'amygdale est saisie avec une pince. On enfonce le couteau à une profondeur de 3 à six millimètres entre les marges antérieure et postérieure de l'amygdale, la séparant ainsi de la muqueuse pharyngée. De cinq à dix minutes avant l'opération, on applique une solution de cocaine à 20 %, et on injecte sous la peau une solution de Schleich à 2 %. Généralement une semaine suffit à supprimer l'hypertrophie, mais parfois le traitement est plus long quand on a affaire à des femmes débilitées où l'hypertrophie atteint les parties profondes du cou. Je n'ai jamais eu d'hémorragie sérieuse. Après l'opération, on prescrira des lavages buccaux antiséptiques.

Le Dr Hodopyl a bien voulu me faire quelques préparations d'hypertrophie basilaire de l'amygdale sur lesquelles on voit que ce que nous appelons adhérences entre les piliers et la tonsille n'est en réalité que le point d'attache normal des amygdales à la capsule membraneuse dont les rapports normaux ont été altérés par la masse ayant envahi l'espace pharyngien à la suite de l'hypertrophie de la base de l'amygdale.

Quand l'affection tonsillaire est limitée à quelques cryptes centrales, le meilleur mode de traitement est l'excision avec une curette latérale. Le bec supérieur est inséré dans les cryptes, après l'excision du tissu, on pratique une excavation profonde avec une pointe de feu. Dans d'autres cas, l'hypertrophie siège surtout près des bords de la muqueuse et il existe une rétention de pus. Alors, la tension est supprimée par une simple incision entre l'amygdale et la gaine capsulaire. Les cas de récidives chez les enfants sont dus à des hypertrophies basilaires et après avoir dégagé autant que possible la capsule avec un couteau et excisé l'amygdale avec la guillotine, j'enlève la base avec une pince. Pour les abcès péri-tonnillaires, j'ai l'habitude de cocainiser la région et après avoir marqué la base de l'amygdale avec l'index, j'insère une aiguille hypodermique dans le voile du palais, et à 2 millimètres à l'extérieur de la marge ferme de la base de l'amygdale je tâche de manier la seringue de façon qu'une goutte de solution à 4 %, pénètre dans les tissus à une profondeur de 3 millimètres. L'aiguille sera graduellement enfoncée jusqu'à environ trois quarts de pouce jusqu'à ce qu'elle rencontre une cavité non résistante. Je fais alors une incision avec un couteau protégé de Graefe. Quand il n'y a pas de pus on applique de nouveau de la cocaïne et on prolonge l'incision.

D'ordinaire au bout de deux ou trois jours, survient un écoulement d'un rouge pâle qui le lendemain ou le surlendemain est changé en matière purulente.

Lorsque l'affection est spécifique on obtient de bons résultats du traitement mercuriel.

Discussion.

KNIGHT aurait désiré que l'auteur s'étendît davantage sur les cas d'amygdalite lacunaire consécutifs à l'amygdalotomie. K. observe actuellement un cas de ce genre et dit qu'il est très difficile de détruire radicalement les cryptes.

Le cautère électrique peut rendre des services, mais son emploi exige une patience exceptionnelle de la part du malade.

E. MAYER fait remarquer à propos du traitement prophylactique ou abortif de l'amygdalite aiguë ou de la péri-tonsillite qu'il arrive que certains malades guérissent en 24 heures au lieu des dix jours habituellement fixés.

L'instrument de Farlow est excellent pour les hypertrophies de la base et surtout pour les hypertrophies tonsillaires larges où l'amygdale ne s'engage pas dans le tonsillotôme. Le galvano-cautère est indiqué quand on ne peut intervenir autrement. On redoutera toujours l'hémorragie chez les adultes qui se manifeste parfois seulement au bout de quelques jours.

A. RUPP trouve que la communication de M. ne fournit pas beaucoup d'éclaircissements aux praticiens. En général, les abcès péri-amygdaux sont secondaires, mais toutes les inflammations péri-tonsilaires ne dégénèrent pas en abcès péri-amygdaux. R. observe en ce moment deux malades chez lesquels les abcès n'apparaîtront pas. Les cas de Myles sont exceptionnels. R. a souffert d'abcès péri-amygdaux à intervalles de six et huit ans et jamais il n'a eu besoin d'être opéré radicalement comme l'indique Myles, ses amygdales étant redevenues normales après ces accidents.

PHILLIPS depuis quelques années, emploie rarement l'amygdalotome chez l'adulte par crainte des hémorragies et parce que d'habitude le galvano cautère suffit dans la plupart des cas.

D'après P. dans les hypertrophies tonsillaires, après avoir détruit l'amygdale, il faut supprimer à l'aide du cautère les adhérences entre les piliers et l'amygdale pour faire cesser l'inflammation.

Rarement on aura besoin de recourir aux procédés radicaux préconisés par Myles. P. a récemment enlevé une grande partie d'une amygdale fortement hypertrophiée chez un malade de 32 ans au moyen du tonsillotome ; et huit jours après l'aspect de la plaie était satisfaisant.

SIMPSON dit qu'il ne faut pas confondre l'abcès tonsillaire avec l'hémorragie de l'amygdale, le premier siégeant dans l'amygdale et l'autre dans le tissu péri-tonsiltaire.

BERENS demande à Mayer s'il n'a pas observé d'hémorragie secondaire tant après l'emploi du cautère que du galvano cautère. La seule hémorragie grave qu'il ait vue résultait de l'application du serre-nœud galvano caustique et survint six jours après l'opération.

B. demande pourquoi il n'a pas ajouté à sa collection d'instruments des pinces à polypes et des ciseaux recourbés.

MAYER dit que le platine doit être porté au rouge vif pour extraire les amygdales par le galvano-cautère.

HARRIS a trouvé très intéressante la question de l'infection staphylococcique et streptococcique. Il décrit la façon dont un abcès péri-tonsiltaire peut se former à la suite d'une amygdalite simple ; la tonsille étant très adhérente, le pus se déversait dans cette région.

BIBLIOGRAPHIE

L'oto-rhino-laryngologie dans ses rapports avec la médecine et la clinique générales, par GRADENIGO (Turin 1896).

La spécialité n'est qu'une branche de la médecine générale. On ne saurait séparer l'une de l'autre. A la période analytique a succédé une période de synthèse plus rationnelle ; mais malheureusement la spécialité est encore trop ignorée des médecins en général. Cela tient surtout au manque d'enseignement officiel. Les élèves ne sont jamais interrogés sur ce sujet, qu'ils ignorent totalement en sortant des bancs de l'université.

C'est ce qui se passe en Italie et c'est aussi ce qui se passe en France.

Et pourtant, huit fois sur dix, le médecin ordinaire devrait être capable de faire un diagnostic. Aussi, que de gens devenus sourds, aphones, etc., par l'ignorance du médecin de la famille !

Nous partageons entièrement l'opinion du savant professeur de Turin et il est à espérer que dans l'avenir les universités reconnaîtront leur erreur pour le plus grand bien des malades et la bonne renommée du corps médical.

H. DU F.

La dissection anatomique et histologique de l'organe auditif de l'homme à l'état normal et pathologique, par A. POLITZER, traduction française par SCHIFFERS (de Liège) (O. Doin, éditeur, Paris, 1897).

Le livre du professeur Politzer (de Vienne) dont le Dr Schiffers (de Liège) présente la traduction française est un ouvrage de technique anatomique et histologique. L'auteur insiste sur la nécessité pour l'étudiant et le médecin de commencer l'étude de l'otologie par des dissections nombreuses de l'organe auditif.

C'est pour faciliter cette tâche qu'il a réuni sous forme de livre les résultats de son expérience considérable. Après un court chapitre sur l'instrumentation nécessaire P. indique la manière d'enlever facilement les rochers au cours d'une autopsie. Pour pratiquer cet enlèvement sans mutilation extérieure et en conservant la voûte crânienne il faut user du procédé de Tchudi. Après décollement du pavillon les deux temporaux sont perforés au même niveau à l'aide d'un long foret servant ensuite de conducteur à la lame d'une scie avec laquelle on circonscrit un cylindre qui comprend les deux temporaux. L'auteur indique la technique des coupes en série sur les temporaux de nouveau-nés et d'adultes. Au point de vue des applications chirurgicales il est intéressant de noter les mensurations des diamètres du conduit à différents niveaux. A l'orifice externe 12 millimètres verticalement, 10 millimètres transversalement. Au milieu du conduit D. V. 9 millimètres. D. Tr. 5 millimètres. A l'extrémité interne de la paroi supérieure D. V. 10 millimètres, D. Tr. 4 millimètres. Tous ces chiffres sont un peu différents de ceux obtenus par Bezold (procédé par corrosion). L'isthme du conduit est entre le bord postérieur et supérieur du tympan et la paroi antérieure et inférieure du conduit. On remarquera sur les coupes les rapports topographiques de l'antre et du conduit auditif externe.

Non moins intéressants à connaître sont les diamètres de la trompe osseuse. D. V. de la portion osseuse dans le milieu du canal 6 à 7 millimètres, D. Tr. au-dessus du canal du tenseur 4 à 5 millimètres. Hauteur de l'orifice tympanique 4-5 millimètres, diamètre transversal 3,5-4 millimètres. Les mensurations de la caisse sont étudiées avec une grande précision mais varient notablement d'un sujet à l'autre. Après avoir indiqué la manière de préparer le pavillon et le conduit membraneux P. passe à l'étude du tympan. Il est mis à nu avec précaution au moyen de la pince à os avec laquelle on détruit le conduit osseux. L'examen de la face interne nous conduit à l'examen de l'appareil ligamenté qui entoure la tête et le col du marteau. La physiologie des ligaments assez mal connue est bien mise en lumière sur les coupes qui mettent à nu la face interne de la membrane et des osselets. Le ligament antérieur empêche les déplacements du manche en dehors même après la section de tous les ligaments et du tenseur. Le ligament supérieur est aussi un ligament d'arrêt pour les déplacements en dehors ; il peut être très court. Cette disposition favorise les adhérences au toit

de la caisse au cours des états inflammatoires de l'oreille moyenne. Le ligament externe semble continuer en dehors le ligament antérieur. La partie postérieure forme le ligament postérieur de Helmoltz ; le ligament axe de ce dernier auteur est l'ensemble des ligaments antérieur et postérieur.

Des plis muqueux nombreux unissant le marteau et l'enclume aux parois de la caisse le plus constant est le pli latéral de l'enclume qui part du bord supérieur du corps de l'enclume ou de la face interne pour gagner la paroi latérale de la niche et qui apparaît après l'enlèvement de la voûte du tympan. Ces ponts muqueux jouent un rôle important dans la production des processus adhésifs dans les catarrhes chroniques de l'oreille moyenne. A signaler sur les préparations de l'A. le pli vertical de la niche étendu entre le marteau ou l'articulation du marteau et de l'enclume et la niche. Latéralement et en avant de la tête du marteau, au-dessus de la cavité de Prussack, un espace communiquant par des orifices en nombre variable avec la cavité de Prussack et la caisse. C'est là que s'installent ces processus purulents opiniâtres accompagnés de perforation de la membrane de Shrapnell. P. insiste, après une description minutieuse de l'espace de Prussack, sur le rôle capital que jouent les plis muqueux et les cavités limitées par eux dans l'évolution des suppurations de l'attique et de l'antre quelquefois sans suppuration du reste de la caisse ou après arrêt du processus dans cette dernière.

Dans les autopsies pathologiques l'examen de la face interne de la caisse mérite une grande attention. On doit rechercher quel est l'état de la muqueuse du pronontoire, présence de granulations, points de carie reconnaissables au stylet, adhérente à l'os. La niche de la fenêtre ovale a des dimensions variables. Elle est quelquefois assez rétrécie pour que les branches de l'étrier entrent au contact avec ses bords, ce qui facilite les adhésions.

Dans les inflammations suppuratives aiguës la muqueuse est fortement gonflée et hyperémiee. Dans les catarrhes chroniques non purulents avec hyperplasie de tissu conjonctif la niche est recouverte de tissu conjonctif gris rougeâtre et les branches de l'étrier sont englobées dans celui-ci. Dans les suppurations chroniques la fenêtre ovale est comblée de proliférations conjonctives qui, après disparition de la suppuration, s'organisent et peuvent masquer entièrement les branches de l'étrier qui ne se reconnaît que par ses rapports de contiguïté.

L'ankylose de l'étrier se manifeste par deux ordres de lésions, ou soudure des branches avec la paroi inférieure de la caisse (adhérence fibreuse ou osseuse) ou adhérence complète de la platine avec la circonference de la fenêtre ovale. L'ankylose osseuse se reconnaît après macération : l'étrier reste fixé. Les adhérences de la platine doivent être examinées par la face labyrinthique. Le ligament orbiculaire transparent normalement se montre opaque. Pour bien voir la fenêtre ronde il faut démolir la partie inférieure et interne de la caisse et examiner aussi la membrane par transparence. Dans les processus catarrhaux on trouve souvent un bouchon muqueux occasionnant des troubles prononcés de l'ouïe ; mêmes altérations que celles qui atteignent la fenêtre ovale, dans les suppurations. On observe quelquefois l'hypérostose de ses parois osseuses.

On voit aussi dans les processus purulents chroniques la niche comblée par un tissu de granulations ou par un petit polype et quand la suppuration est guérie du tissu conjonctif jaunâtre et brillant.

Les mêmes modifications s'observent sur les osselets au cours des inflammations aigües ou chroniques de la caisse. Quelquefois le revêtement muqueux qui recouvre l'articulation de l'enclume et du marteau est gris tendineux, calcifié.

L'étude de l'apophyse mastoïde est des plus importantes, le chapitre du livre de P. renferme des indications utiles pour la médecine opératoire. Des figures nombreuses reproduisent l'aspect des coupes à différents niveaux. En ce qui concerne la structure de l'os P. rappelle que Zuckerkandl a montré le premier que seulement dans 36,8 % des cas l'apophyse est formée tout entière de grands et petits espaces cellulaires pneumatiques ; dans 43,2 % elle est constituée surtout dans sa partie inférieure et postérieure d'une masse osseuse diploétique. Elle est pneumatique seulement dans sa partie antéro-supérieure. Dans 20 % des cas on trouve du tissu diploétique et scléreux. Pour bien étudier ses rapports on pratique une section verticale et une section horizontale, cette dernière passant par le trou auditif interne et juste au-dessus du rebord supérieur du conduit auditif externe. L'antre et le sinus sont rarement séparés par la paroi seule du sinus mince, mais résistante. Il y a presque toujours des espaces cellulaires ou diploétiques, plus nombreux chez le nouveau-né. La limite supérieure du champ opératoire est à la hauteur de la paroi supérieure du conduit auditif externe. La distance de l'antre à la face externe varie de 6 à 15 millimètres.

Sur les coupes horizontales on se rendra compte des variations de rapport du sinus, de la paroi postérieure du conduit et de la face externe de l'apophyse. Au point de vue opératoire le rapport défavorable se montre sur les temporaux scléreux.

Dans les autopsies pathologiques on trouve l'antrre et les cellules remplis soit de tissu fongueux, soit de tissu conjonctif ; ou bien l'on voit des néoformations gélatineuses et fasciculées des proliférations conjonctives pouvant passer à l'ossification (éburnation).

Le stylet donne des renseignements précieux, dans la carie et la nécrose, sur la présence d'un séquestre mobile et sur les trajets fistuleux allant du conduit à l'antrre ou au sinus, ou à la face externe de l'os. On peut rencontrer aussi des tumeurs blanches perlées (cholestéatomes) ou des masses caséeuses informes, traversées par des restes de séquestrés.

L'oreille interne doit être étudiée sur des rochers décalcifiés. La technique est délicate et minutieusement exposée. L'anatomie topographique de l'organe auditif est démontrée sur une série de coupes, les unes antéro-postérieures, les autres transversales dans le plan des deux conduits externes. Ces coupes peuvent être faites sur des sujets congelés si l'on tient à conserver les rapports du cerveau (voir les rapports du lobe temporal avec le rocher), ou sur des rochers décalcifiés.

Les coupes horizontales sur les rochers décalcifiés sont au nombre de trois. La première coupe la paroi supérieure du conduit osseux, la cavité supérieure de la caisse, l'articulation malleo-incudienne, la partie supérieure du limaçon et le canal demi-circulaire supérieur. La deuxième passe à travers le conduit au-dessous de sa paroi supérieure. La troisième correspond à l'axe même du conduit. Parmi les coupes transversales, la plus antérieure atteint la cavité antérieure de la caisse immédiatement derrière l'orifice tympanique de la trompe ; la deuxième à 3 ou 4 millimètres en arrière. La coupe la plus importante passe exactement par le grand axe du marteau. On peut faire aussi une coupe transversale frontale à travers le tympan détaché de la pyramide pour montrer la situation de la membrane de Schrapnell et les ligaments des osselets, et des coupes horizontales et verticales à travers la pyramide décalcifiée, déshydratée par l'alcool et montée dans la celloïdine.

Après avoir décrit minutieusement la structure du conduit membraneux et du revêtement cutanéo-périostique du conduit osseux, l'auteur passe à l'étude microscopique de la membrane.

On peut en faire l'examen par dissociation. La séparation, facile entre la couche cutanée et la couche fasciculée est impossible entre cette dernière et la muqueuse. A signaler sur des préparations en surface la charpente fasciculée appartenant à la muqueuse ; charpente traversée par des orifices de forme et de grandeur variables. C'est le tissu dendritique de Gubler qui, d'après P., est identique aux faisceaux inconstants de la muqueuse de la caisse. On remarquera sur les tympans de nouveau-nés des papilles occupant la face interne et contenant des vaisseaux ansiformes décrits pour la première fois par Gerlach.

Les coupes verticales et transversales après décalcification par l'acide picrique, fixation dans le liquide de Muller et montage dans la celloïdine ou la paraffine permettent de se rendre compte des rapports de la membrane et du manche à différents niveaux. A la partie supérieure et moyenne on ne voit qu'un point de substance qui part de la partie latérale du manche.

La couche radiee des fibres propres se fixe en grande partie à la partie inférieure du manche, les fibres circulaires à la partie supérieure dans la région de la courte apophyse. D'après P. à la partie moyenne du manche les fibres du segment postéro-supérieur passent surtout sur le manche et s'unissent avec le périoste de ses faces, dirigées vers la caisse ; les fibres du segment antéro-supérieur passant au bord du manche s'unissent aux fibres du segment postérieur. Ce n'est que dans le tiers inférieur du manche que paraît se faire un croisement des fibres venant des deux côtés.

Dans les autopsies il faut examiner en surface les tympans minces, cicatriels, atrophiés et sur des coupes ceux qui sont augmentés d'épaisseur par infiltration ou inflammation.

La muqueuse de la caisse est examinée sur des préparations en surface, surtout celle qui recouvre le promontoire ; les vaisseaux peuvent être injectés en bleu de Berlin, ou traités par l'acide hyperosmique à 20 % qui colore fortement les hématies. Sur des préparations provenant d'anciennes suppurations auriculaires avec muqueuse pâle, lisse, on notera la présence d'espaces lymphatiques kystiques et variqueux signalés pour la première fois par l'auteur. Les muqueuses épaissies et infiltrées sont étudiées sur des coupes. Les muqueuses même normales laisseront reconnaître la structure des replis et filaments plus ou moins constants noueux, ayant l'aspect de tissus de forme ovale ou anguleuse, pédiculés avec une structure imbriquée, décrits par l'auteur. Pour étudier les lésions de la fenêtre ovale on

fera des coupes parallèles à la surface interne de la caisse ou parallèles aux branches de l'étrier ; enfin des coupes transversales. On doit, dans les autopsies, porter une grande attention sur les lésions des osselets, de leurs articulations et de leur revêtement. Une coupe verticale et une coupe horizontale sont nécessaires. Les modifications de la trompe portent surtout sur l'épithélium qui peut être détruit ou transformé en épithélium stratifié avec cellules graisseuses et pigmentaires, modifications des glandes et du tissu cellulaire sous-muqueux traversé par des cellules rondes ou épaisse par du tissu conjonctif de néoformation condensé ou ratatiné. Après la description de l'histologie du labyrinthe, P. passe aux différents procédés de technique permettant de suivre dans les centres les fibres des nerfs acoustiques. Un index bibliographique très complet termine l'ouvrage.

LOMBARD.

ANALYSES

I. — OREILLE

Sur l'extraction des tampons de cérumen, par CARLO ALBERTO RICCI.
(*Bollett. delle mal. delle orecch., gola e del naso*, septembre 1897).

Dans les cas de bouchons de cérumen très durs, c'est parfois difficile d'en faire l'ablation en une seule séance. On peut cependant y arriver en se servant d'eau oxygénée, comme le fait le Prof. Gradenigo.

On introduit d'abord de l'eau oxygénée dans le conduit, puis, après quelques minutes, on fait une irrigation d'eau chaude.

Sous l'action de l'eau oxygénée, le cérumen se ramollit rapidement. Dans le cas où une seule application ne suffit pas, on appliquera l'eau oxygénée à plusieurs reprises.

C'est là un moyen simple, inoffensif qui à le mérite de permettre en quelques instants l'ablation des bouchons de cérumen les plus durs.

H. DU F.

Contribution à l'étude des fractures indirectes du conduit auditif externe, par V. GALETTI (*Archivio italiano di ot. rin. e laring.*, février 1897).

Les traités d'otologie ne contiennent aucune étude sérieuse sur les fractures indirectes du conduit auditif externe. C'est pour cette raison que l'auteur a entrepris ce travail.

Il donne d'abord la relation de cinq observations personnelles. Dans les quatre premières la cause de la fracture est une chute sur le menton.

La cinquième a trait à un employé de chemin de fer qui fut atteint d'une contusion grave de la branche montante du maxillaire inférieur produite par un tamponnement.

Dans ces cinq cas, le diagnostic a été facile et les suites favorables.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi. Le diagnostic différentiel entre les fractures du conduit et celles de la base du crâne peut présenter de grandes difficultés.

Comme preuves, l'auteur donne le résumé de trois observations : la première de Sourier (*Gazette des hôpitaux*, 1869), la seconde de Collin Warren, 1891) et la troisième de Lefebvre (*Journal hebdomadaire*, 1834).

D'une manière générale, l'auteur résume la pathologie des fractures indirectes du conduit auditif externe ainsi qu'il suit.

Causes. — Les chutes, coups de pieds, coup de poing, coup de bâton sur le menton sont les causes les plus fréquentes. On a noté, plus rarement, les traumatismes agissant sur le vertex, sur l'occipital ou sur la branche montante du maxillaire inférieur.

Symptômes. — Douleurs endo- et péri-auriculaires ; obstacle à la mastication et à la déglutition ; épistaxis ; otorrhagie, paracousie, surdité, vertiges, perte de connaissance, mydriase, délire, vomissements. Cet ensemble montre combien le diagnostic différentiel avec une fracture de la base peut être difficile.

Marche. — En général, il n'y a pas d'accidents, la fracture guérira au bout d'un laps de temps variant de vingt-cinq à quatre-vingts jours. Elle siège à gauche dans 71 % des cas et à droite dans 20 %. Les fractures bilatérales sont rares.

Terminaison. — La guérison est en général complète. Cependant, on a noté à la suite de ces fractures la sténose permanente du conduit, l'hypoacusie, la paracousie, l'otite purulente, les vertiges, etc., et parfois l'arthrite traumatique, la luxation récidivante et la semi-ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, et aussi la carie avec sequestre du conduit.

Traitemen. — Dans le doute, au début, il faut agir comme s'il y avait réellement fracture de la base du crâne. Il faut surveiller les symptômes et s'il se manifeste des signes de contusion ou de compression cérébrales, ne pas hésiter à appliquer le trépan. Plus tard, on devra faciliter les mouvements de l'articulation par le massage et traiter les lésions de l'oreille. H. DU F.

Traitemen t des perforations du tympan par l'acide trichloracétique.
par F. ALT (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 88, n° 3,
mars 1897).

On peut avec l'acide trichloracétique obtenir la guérison des perforations du tympan à l'exception des perforations de la membrane de Schrapnell, du quadrant postéro-supérieur et de celles qui ont détruit presque tout le tympan.

Il faut d'abord s'assurer que la fermeture de la perforation n'aggrave pas l'état du malade, ce qui peut arriver.

On se sert de solution concentrée d'acide trichloracétique qui est peu douloureuse. La sonde n'a pas besoin d'être munie d'ouate. Il faut, bien entendu, que la perforation soit le résidu d'une lésion depuis longtemps éteinte.

Lorsque la perforation est très large (tout un quadrant), on touche les bords tous les quatre jours, pour les petites perforations, un attouchement hebdomadaire suffit. Il faut s'abstenir de toute insufflation pendant tout le temps du traitement.

Deux fois seulement, Alt a vu survenir une suppuration sans gravité. Lorsqu'il y a une goutte de sécrétion, il faut l'enlever avant d'appliquer l'acide. Il faut de trois à quinze séances.

Le résultat est, en général, favorable puisque la plupart des sujets voient leur ouïe s'améliorer. La statistique de l'auteur porte sur environ 40 cas.

PAUL TISSIER.

Obstruction tubaire par suite de tuméfaction des bourrelets tubaires, par BÖNNINGHAUS (*Monatschrift f. Ohrenheilkunde*, p. 112, n° 3, mars 1897).

On rencontre assez souvent dans la pharyngite chronique un gonflement des bourrelets tubaires mais ils n'arrivent jamais à constituer une sorte de tumeur énorme, lisse, tendue, se rejoignant sur la ligne médiane de façon à obstruer complètement les choanies comme c'était le cas chez un malade de B. chez lesquels la tuméfaction et l'obstruction choanale survenaient par crises depuis des années. Il est à noter qu'il n'avait jamais existé de troubles auditifs. En dehors de cette lésion, il y avait de la rhinité chronique, une forme de déviation sigmoïde du septum et des crêtes. Les cornets inférieurs, tête, corps et queue avaient été maintes fois cautérisés sans grand succès. La cautérisation des bourrelets tubaires fut suivie de succès.

L'aspect de la tuméfaction, la rapidité de son apparition, sa durée fugace semblerait montrer qu'il peut exister à ce niveau

comme sur les cornets inférieurs une sorte de tissu conjonctif angio-caverneux.

PAUL TISSIER.

Sur le traitement thyroïdien dans le processus adhésif de l'oreille moyenne, par G.BRUNL (*Monats. f. Ohr.*, p. 6, n° 1, janvier 1897).

Le traitement fut institué chez vingt et un malades, treize hommes et huit femmes de 20 à 40 ans ; dix-huit purent être suivis. Tous présentaient les symptômes suivants : diminution considérable de l'ouïe à l'acoumètrie, à la voix haute et chuchotée; état de sécheresse du conduit pas de lésion, du tympan (dans 6 cas hyperémie du promontoire). Avec le diapason : Weber perçu sur la tête, Rinne négatif, diminution de la perception osseuse, sons élevés mieux perçus que les sons graves. Rhinopharynx indemne, trompes perméables ; pas d'amélioration de l'ouïe par la douche d'air ; 13 fois bruits subjectifs ; hérédité dans 9 cas ; durée de la maladie, 3-13 ans ; corps thyroïde palpable 4 cas.

Sur les 16 cas suivis, 8 ne furent en rien améliorés par un traitement de six à huit semaines, sur les 8 autres cas, 2 quoique améliorés sont depuis trop peu en traitement pour entrer en ligne de compte. Les 6 autres présentaient, 2 un tympan normal, 2 un tympan laissant voir par transparence le promontoire hypérémisé, 2 un tympan trouble avec une durée moyenne de maladie de 3 ans. Dans 4 de ces cas le résultat fut favorable, dans 2 absolument satisfaisant (disparition des troubles subjectifs, amélioration notable et permanente de l'ouïe). Pendant toute la durée du traitement on ne fit aucune autre indication, on commença par une pastille par jour, dans la deuxième semaine on alla jusqu'à trois, au bout d'un mois, repos prolongé et nouvelle cure. L'auteur n'a observé aucun inconvénient général du traitement. Celui-ci est contre-indiqué chez les cardiaques.

Il est donc indiqué d'essayer cette thérapeutique dans les cas où tous les autres traitements ont échoué.

On sait que Bauman a considéré la substance thyroïdienne active comme une combinaison de l'iode avec l'albumine. La substance thyroïdienne agit-elle comme iodique ou par un autre processus. L'iode a une action résorbante bien connue sur les reliquats des inflammations chroniques. D'autre part, les troubles de l'oreille dans le myxœdème montrent qu'il y a une certaine relation entre l'oreille et le corps thyroïde. Il est à noter que la substance thyroïdienne n'agit pas seulement contre le myxœdème et le crétinisme (adiposité, sclérodermie, rachitisme,

acromégalie, etc.). A noter que dans l'acromégalie le traitement thyroïdien est sans action sur les productions hyperostosiques, mais fait rétrocéder les épaissements conjonctifs.

PAUL TISSIER.

Formation de concrétions dans l'oreille dans les suppurations chroniques de la caisse, par A. BARTH (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, p. 53, n° 2, fév. 1897).

B. retira de l'oreille d'un ancien otorrhéique un calcul composé de chaux en combinaison avec des acides gras et d'une petite quantité de carbonate de chaux. Il croit que, comme pour les autres calculs, il faut admettre ici le rôle des microbes dans la guérison de cette concrétion.

PAUL TISSIER.

Observations sur la craniotomie dans les affections purulentes de l'oreille, par le Prof. P. AVOLEDO (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, février 1897).

On a pris l'habitude de séparer nettement la trépanation de la mastoïde de la trépanation du crâne, dans les formes purulentes crano-encéphaliques d'origine otique. L'auteur s'élève contre cette division qui ne saurait exister dans la pratique.

En otologie, on ne peut suivre les lois de la chirurgie générale à cause de la diversité des symptômes et parce que le siège de la lésion dépend de la durée de l'otite, de l'âge du malade, de la forme de certaines parties du temporal, du point de la région osseuse qui a livré passage au pus et du mode de diffusion de ce dernier à l'intérieur du crâne.

Quand, ce qui est rare, il existe des symptômes très nets d'abcès du lobe temporo-sphénoidal ou cérébelleux, on devra trépaner alors suivant les règles de la chirurgie générale. Dans le cas contraire, il vaut mieux ouvrir le temporal au niveau de la région des sinus en cherchant à atteindre la face postérieure du rocher. C'est en examinant ces régions que le chirurgien pourra se faire une idée de l'extension et du siège de l'abcès.

A l'appui de cette opinion, l'auteur donne la relation de quatre observations personnelles.

H. DU P.

Un cas d'ouverture des cavités de l'oreille moyenne par la méthode Stacke-Küster guéri avec restitution de la fonction auditive, par R. MONGARDI (de Bologne) (*Archivio ital. di otol. rin. e laring.*, février 1897).

Il s'agissait d'une femme qui, dans l'enfance, à la suite de scar-

latine, fut atteinte d'otite moyenne purulente du côté droit. Traitée pendant longtemps sans succès par divers procédés et souffrant de plus en plus de douleurs névralgiques violentes, elle se décida à accepter l'opération qui lui avait été déjà proposée.

La caisse seule fut trouvée malade et spécialement l'attique. L'apophyse était éburnée et l'antre très petit ne participait pas à l'inflammation.

La guérison fut obtenue facilement et l'audition redevint normale. L'auteur attribue ce dernier résultat à la mobilisation de l'étrier faite pendant l'opération.

H. DU F.

Cholestéatome de l'oreille moyenne traitée par la trépanation de l'apophyse mastoïde, par BRAQUEHAYE (de Bordeaux) (Société de Chirurgie, 3 mars 1897).

C'est l'histoire d'un cas bien intéressant, bien instructif, que l'on observe malheureusement encore trop souvent, mais dont la fréquence tendra à disparaître avec le progrès et la vulgarisation de la chirurgie auriculaire.

A la société de chirurgie, Broca rapporte l'observation adressée par Braquehaye, de Bordeaux, d'un jeune homme de 27 ans, qui, consécutivement à une otite moyenne aiguë suppurée, eut un abcès rétro-auriculaire, qui, dans l'espace de huit mois, fut incisé jusqu'à vingt fois ! Deman fit alors l'évidement simple de l'apophyse, mais l'abcès se reforma avec fistule mastoïdienne ! L'évidement pétro-mastoïdien complet, pratiqué par Braquehaye, assura le cure radicale de cette fistule, en vain si longtemps incisée ?

G. LAURENS.

Cure opératoire de la phlébite otique du sinus latéral, par CHIPAULT (Académie de médecine, 2 février 1897).

Chipault, en son nom et au nom de Lambotte, d'Anvers, fait une communication extrêmement intéressante sur ce sujet si plein d'actualité. Il n'y a pas dix ans, la phlébite otique du sinus latéral était considérée comme à peu près fatale, et comme absolument inaccessible aux tentatives thérapeutiques. C'est à partir de cette époque seulement qu'on essaya contre elle un traitement opératoire, d'abord timide et partiel, puis de plus en plus audacieux. Notre opinion, à son sujet, n'a point varié : nous la croyons justifiée par un certain nombre de principes et par une technique opératoire découlant nécessairement de ces principes. Ces principes, tout d'abord basés sur une statistique

déjà importante, sont les suivants : a) il faut intervenir toujours ; b) il faut intervenir le plus tôt possible ; c) il faut intervenir le plus largement possible. En effet, sur cent dix-huit interventions chirurgicales pour phlébite otique du sinus latéral on a obtenu, par la mastoïdectomie simple : seize guérisons et vingt-et-un morts ; par la mastoïdectomie avec ouverture de la loge sinusale, puis du sinus et lavage de celui-ci : dix-sept guérisons et quinze morts ; par le lavage du sinus associé à la ligature de la jugulaire, trente-et-une guérisons et dix-huit morts.

Un tel parallélisme entre la hardiesse de l'intervention et l'importance du résultat obtenu ne pouvait que m'encourager à proposer une technique plus complète que celles employées et que je viens de vous énumérer. Cette technique a l'avantage d'isoler complètement le foyer septique sinusal du torrent veineux. Elle comprend trois temps : 1^o double ligature de la jugulaire interne au cou, avec section de la veine entre les deux ligatures de fixation du bout supérieur dans l'angle supérieur de la plaie cervicale ; 2^o ligature du sinus transverse, le plus près possible du pressoir d'Hérophile, et par conséquent de la protubérance occipitale ; 3^o attaque du foyer septique, comprenant : l'ablation des lésions osseuses mastoïdiennes et antrales, l'ouverture large de la loge sinusale, l'évacuation du pus périsinusal et des produits septiques intra-sinusaux ; l'ouverture, par résection de la paroi antérieure osseuse du coude sinusal, du bulbe jugulaire infecté par les veines antrales ; enfin l'établissement du drainage sinusal jugulaire, propice aux lavages biquotidiens ultérieurs. Les temps « isolateurs » doivent toujours être pratiqués avant le temps « évacuateur », pour éviter la dispersion des embolies septiques que celui-ci pourrait détacher du caillot : deux séances opératoires, chez les sujets affaiblis, seront parfois nécessaires.

Je n'ai pas besoin de dire que l'intervention, tant qu'elle s'est bornée aux ligatures veineuses, n'est que palliative ; elle ne peut avoir de préentions curatrices que du jour où a été faite l'ablation totale des lésions septiques ; lésions de l'antre, de la mastoïde, de la loge sinusale et du sinus lui-même.

Cette intervention, que l'auteur n'a jamais eu l'occasion de pratiquer chirurgicalement, a été exécutée pour la première fois, l'an dernier, par Lamboite (d'Anvers) et Chipault montre son opérée dont la guérison remonte à près d'un an.

G. LAURENS.

Traitemen^t des affections suppurrées des sinus accessoires de l'oreille par l'ozone, par W. SCHEPPEGRELL. (Nouvelle Orléans). (*Journal of laryngology, rhinology and otology*. Londres, juillet 1897).

Le Dr G. Stoker a communiqué à la British laryngological, rhinological and otological association en janvier 1896, plusieurs observations d'affections de l'oreille traitées par l'oxygène.

Le Dr Stoker à la réunion de juillet rapportait un cas d'empyème du sinus et un cas de polype de l'oreille ayant bénéficié de ce mode de traitement.

Quand on emploie l'oxygène à l'état naissant, dit le Dr Stoker, les effets sont bien plus considérables et si on fait pénétrer dans une collection purulente une certaine quantité de peroxyde d'hydrogène, le pus perd tout caractère septique. Mais le peroxyde d'hydrogène employé en quantité suffisante est très irritant ; aussi l'auteur a-t-il tenté de le remplacer par l'ozone ; il a été très satisfait des résultats obtenus.

Il se sert pour produire l'ozone de l'appareil de Siemens et détruit les composés nitreux en faisant barbotter l'ozone dans un tube en U contenant de la potasse caustique. L'ozone est amené par un tube de gomme élastique dans des canules de formes variables suivant qu'on veut la faire pénétrer dans le sinus frontal, par une ouverture intra-malléolaire du sinus maxillaire par l'ouverture naturelle de ce sinus. Une quatrième courbe sert pour le traitement de l'ozène une cinquième pour l'oreille.

On peut aussi chauffer le courant gazeux en lui faisant parcourir un tube plongé dans de l'eau, dont la température ne dépasse pas 37 degrés, car une plus grande chaleur détruit l'ozone.

Pour régler la production de l'ozone il vaut mieux augmenter ou diminuer l'intensité du courant électrique que d'augmenter la vitesse du courant d'oxygène ou d'air dans le tube.

Les applications sont de vingt minutes au plus et répétées deux ou trois fois par semaine.

Les effets de l'ozone sont remarquables dans les affections suppurrées du nez et de l'oreille pour ce qui concerne les premiers essais faits par l'auteur pour le traitement des maladies des voies aériennes supérieures, les premiers résultats sont encourageants.

D. L. R. REGNIER.

L'otite moyenne tuberculeuse chronique, par MONSCOURT. (*Gazette des hôpitaux*, 22 mai 1897).

C'est une Revue générale sur la tuberculose auriculaire, assez courte.

G. LAURENS.

Hyperostoses de l'oreille, par G. P. FIELD. (*Lancet*, 3 juillet 1897).

L'auteur regarde la chute de l'eau froide dans les oreilles comme la cause ordinaire de la production de ces tumeurs. Il recommande chaudement le drill des dentistes comme le meilleur instrument pour les extraire. Comme il n'y a pas de tendance à la récidive de l'obstruction, le pronostic favorable est absolument justifié à la suite de l'ablation. SAINT CLAIR THOMSON.

Faux sourd-muet, par GRANCHER. (Académie de médecine, 8 juillet 1897).

Grancher présente à l'Académie un garçon de 12 ans et demi, encore arriéré, mais dont l'intelligence s'est très notablement développée depuis deux ans et demi. On l'avait pris pour un sourd-muet, idiot, gâteux. Mais à l'Institut des sourds muets, on a constaté qu'en réalité il était mutet et non sourd ; le professeur a dès lors par la méthode appropriée, développé l'ouïe et les résultats de l'éducation sont remarquables. Nous avons dans nos asiles d'idiots beaucoup d'enfants de ce genre et il serait utile que les procédés fussent plus vulgarisés. G. LAURENS.

Un cas de névrose traumatique, par HABERMANN. (Société allemande d'otologie, sixième congrès, séance 4-5 juin 97).

Le patient, homme de 46 ans, fendait du bois lorsqu'il ressentit en frappant un coup vigoureux, une violente secousse dans le bras droit et dans la tête en même temps qu'il devint sourd de l'oreille droite ; l'examen des oreilles montre que la surdité est due à une lésion de l'oreille interne, quoiqu'il y ait une légère hémorragie dans la membrane du tympan à droite ; l'ouïe est affaiblie également à gauche. Le malade put être vu à diverses reprises pendant cinq ans ; l'ouïe se trouvait tantôt améliorée, tantôt diminuée à nouveau, divers troubles de sensibilité furent constatés à certaines époques, des phénomènes passagers, nettement hystériques, existaient également à côté des troubles fonctionnels persistants de l'ouïe, il s'agit évidemment d'un cas d'hystéro-traumatisme cité sur une commotion du nerf auditif.

M. N. W.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLETERRE

Oreille.

A. G. Miller. Phlébite septique du sinus latéral (*Med. Chir. Soc. of Edinburgh*, 4 juillet ; in *Edinburgh. med. journ.*, octobre 1894).

G. P. Field. Pronostic de l'otite moyenne chronique non suppurée (*Brit. med. Ass. Sect. of Otol. in journ. of Lar. Rhin. and. otol.*, septembre 1894).

J. Walker Downie. Soins de l'oreille au cours de l'exanthème (*Brit. med. Ass. Sect. of Otol.* ; *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

T. Barr. Pronostic de l'otite moyenne non perforante (*Brit. med. Ass. Sect. of Otol. in journ. of Lar. Rhin. and. Otol.*, septembre 1894).

A. Bronner. Injections intra-tympaniques dans le traitement du catarrhe chronique sec de l'oreille moyenne (*Brit. med. journ.*, 13 octobre 1894).

Dundas-Grant. Sur une meilleure appréciation de l'épreuve de Rinne. Différence aéro-osseuse (*Brit. med. Ass.* ; *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

J. Kerr Love. Etude clinique sur la surdi-mutité (*Brit. med. Ass.* ; *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

T. Barr. Excision du marteau comme opération préliminaire à l'ouverture de l'antre dans les cas de suppuration de l'attique et de l'antre (*Brit. med. Ass.* ; *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

W. Milligan. Observations sur l'excision des osselets dans l'otite moyenne chronique suppurée (*Brit. med. Ass.* ; *Brit. med. journ.*, 24 novembre 1894).

S. Johnson Taylor. Ablation d'une exostose auriculaire par le ciseau après le décollement du pavillon (*Brit. med. journ.*, 20 octobre 1894).

J. Lynn Thomas. Etat de la membrane du tympan dans quelques accidents de la tête (*Brit. med. journ.*, 3 novembre 1894).

H. W. Hubbard. Surdi-mutité ; coup d'œil bref sur la race des sourds muets depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours (Broch. de 12 pages, Londres, 1894).

B. J. Baron. Quatre cas d'affections labyrinthiques, traitées par les injections de pilocarpine (*Brit. med. journ.*, 1^{er} décembre 1894).

A. Birmingham. Les muscles de l'oreille externe (*Dublin, journ. of med. Sciences*, 1^{er} octobre 1894).

R. W. Murray. Trois cas d'abcès intra-crâniens suivis de guérison. (*Brit. med. journ.*, 5 janvier 1895).

A. Marmaduke Sheild. Maladies de l'oreille (Cassell and C^o, éditeurs, Londres, 1895).

- D. Stanley et L. P. Gamgee.** Abcès cérébelleux (*Birmingham and midland Counties Branch of the Brit. med. Ass.*, 25 janvier, in *Brit. med. journ.*, 16 février 1895).
- W. B. Ranson.** Un cas de surdi-mulitité fonctionnelle (*Brit. med. journ.*, 2 mars 1895).
- F. F. White.** Surdité complète pendant 24 heures après l'occlusion de la trompe d'Eustache ; guérison parfaite par la politrization (*Brit. med. journ.*, 2 mars 1895).
- Galloway.** Maladie de Ménière (*Malaya Branch. of the Brit. med. Ass.*, 12 janvier ; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).
- Hight.** Otomycosis (*Malaya Branch of the Brit. med. Ass.*, 12 janvier ; in *Brit. med. journ.*, 9 mars 1895).
- Sir W. B. Dalby.** Surdité dite hystérique et fonctionnelle (*Brit. med. journ.*, 16 mars 1895).
- G. Mackenzie.** Surdité hystérique (*Med. Soc. of London*, 11 mars ; in *Brit. med. journ.*, 16 mars 1895).
- G. C. Tweedy.** Gangrène symétrique des oreilles (*R. Acad. of med. in Ireland*, 8 mars ; in *Brit. med. journ.*, 23 mars 1895).
- Grove.** Oreille artificielle (*Lancet*, 2 février 1895).
- E. Deanesly.** Un cas de pyémie auriculaire sans thrombose des sinus traité par la ligature de la jugulaire interne et le tamponnement du sinus latéral (*Brit. med. journ.*, 13 avril 1895).
- H. S. Walker.** Un cas de mastoïdite double accompagné de thrombose septique du sinus latéral (*Brit. med. journ.*, 13 avril 1895).
- A. Bloxam.** Malformation de l'oreille gauche (*Med. Soc. of London*, 8 avril ; in *Brit. med. journ.*, 13 avril 1895).
- W. B. Ransom et W. T. Van Dyck.** Surdité hystérique ou fonctionnelle (*Brit. med. journ.*, 4 mai 1895).
- R. Lake.** Remarques sur la paralysie faciale dans l'otite moyenne incipiente et sur le traitement de l'otite aiguë lorsque le pouvoir auditif est conservé (*Journ. of Lar. Rhin. and. Otol.*, mai 1895).
- W. Robertson.** Cas dans lequel le ministère du commerce refusa un certificat à un capitaine pour cause de surdité (*Journ. of Lar. Rhin. and. Otol.*, mai 1895).
- P. McBride.** Quelques questions à propos du diagnostic, du pronostic et du traitement des suppurations de certaines cavités osseuses (*Edinburgh med. journ.*, juin 1895).
- A. Goldstein.** Exfoliation du limacon, du vestibule et des canaux semi-circulaires (*Journ. of Lar. Rhin. and. Otol.*, juin 1895).
- J. G. Connal.** Observation de nécrose du labyrinthe (*Glasgow med. journ.*, septembre 1895).
- D. M. Greig.** Un cas de pyémie auriculaire (*Edinburgh med. journ.*, septembre 1895).
- G. Heaton.** Symptômes et traitement de la thrombose infectieuse des sinus cérébraux (*Practitioner*, septembre 1895).
- G. L. E. Wilks.** Larves dans l'oreille (*Brit. med. journ.*, 28 septembre 1895).
- Carmalt Jones.** Ablation des cornets dans des cas de surdité et de bourdonnements d'oreille (*Sect. Otol. Brit. med. Ass.*, Londres, août 1895 : *Brit. med. journ.*, 23 novembre 1895).

Guye. I. Surdité prononcée. II. Forme non encore décrite de sensation rotatoire dans les affections labyrinthiques (*Sect. Otol. Brit. med., Ass. Londres, août 1895, Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

Ward Cousins. Tympans artificiels modifiés (*Sect. otol. Brit. med. Ass., Londres, août 1895*).

J. Mac Munn. Vapeur d'ammoniaque dans les affections de l'oreille moyenne (*Brit. med. journ., 19 octobre 1895*).

A. Miles. Valeur diagnostique des écoulements d'oreille dans les traumatismes de la tête (*Edinburgh med. journ., novembre 1895*).

B. Thornton. L'éducation des sourds-muets (*Practioner novembre 1895*).

Sir. William Dalby. I. Discours prononcé à l'inauguration de la section otologique de l'Association médicinale britannique à Londres, juillet, août 1895. II Un cas de bourdonnements d'oreille (*Brit. med. journ., 16 novembre 1895*).

J. Dundas Grant, G. Macnaughton Jones. Discussion sur le traitement de la surdité nerveuse (*Brit. med. journ., 16 novembre 1895*).

W. Milligan. Tuberculose de la muqueuse de l'oreille moyenne et de ses annexes ; recherches expérimentales (*Brit. med. journ., 16 novembre 1896*).

T. Barr. Traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne par les opérations mastoïdiennes d'après huit cas de guérison (*Brit. med. journ., 16 novembre 1895*).

W. Macewen. Discussion sur les complications cérébrales des otites moyennes (*Brit. med. journ., 16 novembre 1895*).

Macnaughton Jones. Quelques notes sur un cas de maladie de Ménière et un cas très prononcé d'hyperesthésie acoustique (*Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

R. Lake. Rapports anatomiques de la membrane tympanique, avec quelques remarques sur leur importance pathologique (*Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

E. Cresswell Baber. Observation de bourdonnements objectifs pulsatiles (*Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

A. Bronner. Notes sur cinq cas d'affection de l'attique traités par l'opération de Stacke modifiée (*Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

J. M. E. Scatlif. Emploi du spéculum pneumatique dans les maladies de l'oreille (*Brit. med. journ., 23 novembre 1895*).

Armitage. Extraction d'un gros insecte de l'oreille humaine (*Lancet, 12 octobre 1895*).

Bean. L'otorrhée et ses complications (*Lancet, 10 novembre 1895*).

A. Bronner. Différentes méthodes d'opérations de l'apophyse mastoïde et leurs indications (*Lancet, 10 novembre 1895*).

Story. Tumeur maligne de l'oreille (*Dublin med. journ., 1^{er} novembre 1895*).

Dundas Grant. I. Cas de cicatrice adhérente de la membrane détruite en partie au moyen d'injections massives de paroléine dans l'oreille moyenne. II Un cas de cholestéatome mastoïdien (*Brit. Lar. Rhin. and otol. Ass., 18 octobre : in journ. of Lar. Rhin. and otol., décembre 1895*).

Lake. Un cas de kératose obturatrice (*Brit. Lar. Rhin. and Otol., Ass., 18 octobre ; Journ. of Lar. Rhin. and Otol., décembre 1895*).

- T. Barr.** Vertige et démarche chancelante au cours d'affections articulaires (*Brit. med. journ.*, 28 décembre 1895).
- Middleton.** Paralysie faciale bilatérale et surdité absolue (*Glasgow med. chir. Soc.*, 18 octobre; *Glasgow, med. journ.*, janvier 1896).
- Woods.** Opération pour un abcès extra-dural (*Royal Acad. of med. in Ireland*, 6 décembre 1895; *in Brit. med. journ.*, 4 janvier 1896).
- F. F. White.** Traitement de l'otorrhée chronique (*Brit. med. journ.*, 1^{er} février 1896).
- W. Milligan.** Un cas d'apoplexie chochléaire (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *in Journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, 1^{er} mars 1896).
- Pegler.** Cas de tumeur polypoïde d'un caractère inusité de la surface externe de la membrane tympanique (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *in Journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, mars 1896).
- Walker Downie.** Un cas de malformation congénitale des oreilles (*Practitioner*, mars 1896).
- Dundas-Grant.** Traitement de l'otorrhée chronique (*Brit. med. journ.*, 14 mars 1896).
- T. H. Haydon.** Abcès intra-crânien, probablement cérébelleux, secondaire à une otite moyenne suppurée chronique; guérison (*Brit. med. journ.*, 21 mars 1896).
- J. Jamieson.** Vertige auriculaire (*Intercoll. med. journ. of Australasia*, janvier 1896).
- G. A. Wright.** Note sur certains kystes dermoïdes (*Brit. med. journ.*, 18 avril 1896).
- F. Marsh.** Cholestéatome mastoïdien (*Midland med. Soc.*; *Brit. med. journ.*, 25 avril 1896).
- W. Hill.** Pronostic du catarrhe chronique non suppuré de l'oreille moyen (*Harveian Soc.*; *in Brit. med. journ.*, 2 mai 1896).
- J. K. Love et W. H. Addison.** Surdi-mutilé; étude clinico-pathologique (In-8° de 386 pages avec 15 figures. J. Marc Lehose, éditeur, Glasgow, 1893).
- E. Law.** Hyperostose du conduit auditif externe droit (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *in Journ. of Lar. Rhin. and otol.*, juin 1896).
- G. E. Jones.** État actuel de l'opération radicale pour les otites chroniques suppurées (*Brit. med. journ.*, 30 mai 1896).
- R. Lake.** Notes sur l'anatomie et la pathologie du périoste de l'oreille (*Journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, août 1896).
- J. K. Watson.** Fracture de la voûte du crâne avec écoulement séreux de l'oreille gauche simulant une fracture de la base; autopsie; arachmîte traumatique aiguë (*Brit. med. journ.*, 19 septembre 1896).
- M. Yearsley.** Corps étranger du tympan (*Brit. med. journ.*, 26 septembre 1896).
- R. W. Merrick.** Réflexes auriculaires (*Brit. med. journ.*, 10 octobre 1896).
- G. C. Wilkin.** Sarcome du vestibule (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *Journ. of Lar. Rhin. and otol.*, octobre 1896).
- Pegler.** Otite moyenne aiguë hémorragique (*Brit. Lar. Rhin. and Otol. Ass.*; *Journ. of Lar. Rhin. and Otol.*, octobre 1896).
- J. K. Love.** Exploration de l'apophyse mastoïde. Quelques cas de mastoïdites. Thrombose du sinus sigmoïde. Guérison (*Glasgow Path. and Rhin. Soc.*; *in Glasgow, med. journ.*, septembre 1896).

S. White. Abcès temporo sphénoïdal dû à une otite moyenne suppurée ; trépanation, guérison (*Lancet*, 26 septembre 1896).

A. Bronner. Quelques récentes modifications du traitement chirurgical des affections de l'attique et de l'apophyse mastoïde (*Brit. med. Journ.*, 17 octobre 1896).

NOUVELLES

La Société viennoise de Laryngologie a élu son bureau pour 1898 :

Président : Prof. STOEK ; Vice-président : Prof. O. CHIARI ; Secrétaire : Dr RONSBURGER ; Trésorier : Dr ROTN ; Bibliothécaire : Dr EBSTEIN ; Secrétaires des séances : Drs R. A. FRIN, O. A. BIEHL et WEIL.

Membre honoraire : Prof. C. RÄUCHFUSS (Saint-Pétersbourg).

Membres correspondants : A. BELAIEFF et E. STÉPANOV (Moscou) ; PIE-NACEK (Cracovie) ; M. SCHAFER (Brême), et A. THOST (Hambourg).

Membre ordinaire : B. RISCHAWY.

Le Dr SAINT-CLAIR THOMSON a été nommé chirurgien du *Royal Ear Hospital*, en remplacement du Dr Cresswell Baber qui a résigné ses fonctions.

La réunion de la *Section méridionale de la Société américaine de Laryngologie, Rhinologie et Otologie*, s'est tenue le 28 mars à Atlanta-Ga, sous la présidence du Dr A. W. Calhoun.

La 4^e session annuelle de la *Société américaine de Laryngologie, Rhinologie et Otologie*, aura lieu à Pittsburg, Pa, les 11 et 12 mai prochains sous la présidence du Dr W. H. DALY ; *Secrétaire-trésorier : R. C. MYLES, 46 Weet, 38 th. street, New-York.*

Le Dr W. MOLDENHAUER, professeur extraordinaire de laryngo-rhinologie à l'Université de Leipzig, bien connu par de nombreuses publications, a succombé à Meran, à l'âge de 53 ans. Son traité des maladies des fosses nasales a été traduit en français par le Dr Poliquet.

Le Dr R. DRETFUSS vient d'être nommé docent de laryngo-rhino-otologie à l'Université de Strasbourg.

Nous lissons dans les *Archiv. f. Ohrenheilk.* que le Dr ESCHWEILER a été nommé privat-docent d'otologie à la Faculté de Médecine de Bonn.

Nous apprenons que les *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie et Rhinologie*, dirigées en dernier lieu par les Drs HELME et GUILAIS fils, ont cessé de paraître.

L'Association ophtalmologique, otologique, laryngologique et rhinologique de l'Ouest s'est réunie à Chicago, les 7 et 8 avril.

Nous lissons dans la *Münchener Med. Woch.* que, par suite de la retraite du Prof. J. GRUBER, sa chaire d'otologie sera réunie à la clinique du Prof. POLITZER.

La *Oto rino laringologia española* annonce que la Municipalité et la Députation provinciale ont voté chacune une subvention de 1 000 piécettes pour le second Congrès spécial qui se réunira, en septembre prochain, à Barcelone. Parmi les fêtes projetées figure un banquet au Monastère de N. D. du Montserrat auquel les congressistes seront conduits par train spécial.

Les Drs ROSATI et CIPOLLONE ont été nommés assistants honoraires à la clinique oto-rhino laryngologique de Rome ; le Dr G. OSTICO a été attaché au même titre à la clinique spéciale de Turin.

La Direction de l'*Archivio Italiano di Otol. Rinol. e Lar.*, pour donner satisfaction à ses collaborateurs, a décidé de publier ses fascicules, non plus tous les trois mois, mais à intervalles irréguliers et plus rapprochés afin de hâter la publication des mémoires.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

4^e SESSION

Montpellier. — 12 avril 1898.

Programme général du Congrès.

Mardi 12 avril. — 10 heures du matin. Séance d'ouverture à la salle des Concerts du Grand Théâtre.

2 heures du soir. Discussion de la première question : Formes cliniques de la tuberculeuse pulmonaire (Rapporteurs : MM. les Prof. Bard, de Lyon ; Revilliod, de Genève, et Vergely, de Bordeaux).

Soir. Réception par la Municipalité au foyer du Grand Théâtre.

Mercredi 13 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la première question et questions diverses (dans des locaux distincts).

2 heures soir. Discussion de la deuxième question : Associations microbiennes et infections mixtes (Rapporteurs : MM. les Prof. Malvoz, de Liège ; Spillmann, de Nancy et Widal, de Paris).

Soir. Banquet à Grammont.

Jeudi 14 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la deuxième question et questions diverses.

2 heures soir. Discussion de la troisième question : Opothérapie (Rapporteurs : MM. les Prof. de Cerenville, de Lausanne ; Gilbert et Carnot, de Paris, et Mossé, de Toulouse).

Soir. Réception du doyen à la Faculté de Médecine.

Vendredi 15 avril. — 9 heures matin. Suite de la discussion de la troisième question et questions diverses.

2 heures soir. Questions diverses.

1 heure. Excursion à Cesse : Visite à la station zoologique, promenade en mer et sur l'étang de Thau.

Soir. Représentation de gala.

Samedi 16 avril. — 9 heures matin. Visite aux divers établissements médicaux (facultés, instituts, jardin des plantes, hôpitaux) et, s'il y a lieu, questions diverses.

1 heure soir. Séance générale de clôture.

3 heures soir. Excursion à Palavas.

Soir. Réception chez le Président du Comité d'organisation.

Dimanche 17 avril. — Excursion à Lamalou et à Balaruc.

Lundi 18 avril. — Excursion à Aigues-Mortes et à Arles.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CRÉBER. Poudre MANUEL. GRANULES FERRO-SULFURÉUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUERY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROP LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROP LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze, chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Poly-bromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

Les GRAINS de VALS à la dose de un
se couchant ou avant le dîner réduisent rapidement
les Constipations les plus rebelles. 2⁵⁰ le fl. de 50.
Boulevard Port-Royal, 86 et toutes Pharmacies.

Sirop et Pâte Berthé à la codéine. — Calmants
pectoraux et somnifères très efficaces contre toutes les souffrances
des femmes et des enfants.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Mittelohr und Labyrinth (Oreille moyenne et labyrinthe, par F. SIEBENMANN (Vol. de 325 pages, G. Fischer, éditeur, Iéna, 1898).

Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior (Contributions clinico-anatomiques à la rhinite sèche antérieure, par U. RIBARY Dissert. Inaug. Bâle, 1896).

Ueber adenoiden Habitus und Leptoprosopie, sowie über das kurze Septum der Chamaeprosopen (Sur le facies adénoïdien et la leptoprosopie, ainsi que sur la cloison courte des choanes, par F. SIEBENMANN (Tiré à part du *Münch. med. Woch.*, n° 36, 1897).

Des retrécissements sous-glottiques observés à la suite de l'intubation, par M. BOULAY (Extrait des *Arch. de méd. des enfants*, n° 2, 1898).

The Inunction of Mercury in tertiary Syphilis of the Nose and Throat (Les frictions mercurielles dans la syphilis tertiaire du nez et de la gorge, par SAINT-CLAIR THOMSON (Extrait du *Laryngoscope*, janvier 1898).

Lexique formulaire des nouveautés médicales, par P. LEVERT (In-18 de 336 pages, cartonné, prix 3 francs, J. B. Baillière et fils, éditeur, Paris, 1898).

Mumps (oreillons), par J. COMBY (Extrait du 20 th. *Century Practice of med.*, vol. XIII, W. Wood and C°, éditeurs, New-York, 1898).

Intra tympanic Surgery, especially in chronic purulent otitis media (Chirurgie intratympanique, en particulier dans l'otite moyenne purulente chronique, par C. H. BENNETT (*Intern. med. Magazine*, décembre 1897).

I. Angeborene membranose Faltenbildung im hinteren Glottisantheile (Repli congénital membraneux dans la position glottique postérieure). — II. Beiderseitige Lähmung des Nervus recurrens (Paralysie bilatérale du nerf récurrent), par O. CHIARI (Tirés à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 25, 1897, et 5, 1898).

Des principales complications septiques des otites moyennes suppurées et de leur traitement, par A. MIGNON (In-8 de 611 pages, avec 101 figures dans le texte, prix 9 francs, O. Doin, éditeur, Paris, 1898).

Observation de sarcône ossifiant de l'oreille moyenne chez un enfant de 8 ans, par E. MÉNIER (Extrait du *Bull. de la Soc. de Lar. Otol. et Rhin. de Paris*, avril, 1894).

Gli accessi sotto aponevrotici latero-cervicali otitici circos critti e diffusi nelle regioni collaterali (Les abcès sous-aponévrotiques latéro cervicaux otitiques circonscrits ou s'étendant aux régions voisines, par V. CORRINO (Extrait de la *Clinica Moderna*, n° 4, 1898).

Deux cas de lithiasis salivaire, par E. BURS (Extrait de la *Policlinique*, 1^{er} mars 1898).

Le Gérant : G. MASSON.

